

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

## **ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONSULTAS CON Y SIN PATOLOGÍA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL**

**CAROLINA LOZANO SERRANO**

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid.  
Especialista en Psiquiatría.

### **TESIS DOCTORAL**

Dirigida por el **Dr. Alberto Ortiz Lobo**, Psiquiatra de los Servicios de Salud Mental de Salamanca del área 2 de Madrid y tutorizada por el **Dr. Jose Luis Ayuso Mateos**, Catedrático del departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid.

**2008**



**A mi familia**



**La historia de las ideas no es necesariamente congruente con la historia de las ciencias, pero como los científicos desarrollan su vida de hombres en un medio ambiente y en un entorno no exclusivamente científicos, la historia de las ciencias no puede dejar de lado a la historia de las ideas**

**George Canguilhem**



## **AGRADECIMIENTOS**

A mi director de tesis, Alberto Ortiz, por ser el promotor de la idea y el responsable directo de que yo haya podido realizar este trabajo. Su apoyo, incentivo y rigurosidad han sido fundamentales.

Mi familia y amigos me han dado su apoyo incansable, su escucha y paciencia. Mi marido y compañero, Enrique del Olmo, se ha hecho cargo del apoyo técnico imprescindible para este trabajo.

Iván de la Mata y Marta Sanz me han hecho valiosas aportaciones y sobre todo me han ayudado a mantener la ilusión en la recta final.

Carlos González Juárez, Paco Rodríguez Salvanés y Rocío González González han sido los encargados del análisis estadístico. Con su paciencia me ayudaron a dar sentido a aquello que en un principio no me decía nada.

El estudio de campo se ha podido realizar gracias a la participación desinteresada del equipo del Centro de Salud Mental de Salamanca. Sin el esfuerzo de Luis Prieto-Moreno, Itziar López, Iván de la Mata, Blanca Penasa, Beatriz García Moratalla (a la vez compañera en este viaje), Rosa Álvaro, Matilde Campos, Ana Martín, y Clara Medina, este trabajo nunca se podría haber realizado.

Los pacientes son y serán siempre los verdaderos protagonistas.





## **ÍNDICE**



## **INTRODUCCIÓN**

- 1. Definición y descripción del problema**
- 2. La controversia de lo normal y lo patológico**
- 3. El marco asistencial y el estado de la cuestión**
- 4. Estudios comparativos realizados con anterioridad de pacientes con trastorno mental y pacientes con diagnóstico de código Z**
- 5. Pertinencia, relevancia y justificación**
- 6. Objetivos generales y específicos**

## **HIPÓTESIS DEL ESTUDIO**

- 1. Hipótesis generales**
- 2. Hipótesis específicas**
  - 2.1. Respecto a las características generales sociodemográficas y asistenciales.
  - 2.2. Respecto a las características generales clínicas.
  - 2.3. Respecto a las características clínicas específicas
  - 2.4. Respecto al tipo de profesional
  - 2.5. Respecto a la intervención psicofarmacológica
  - 2.6. Respecto a la indicación de alta o seguimiento
  - 2.7. Respecto a la evolución del paciente
  - 2.8. Respecto a las variables moduladoras del efecto

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

- 1. Diseño**
- 2. Emplazamiento**
- 3. Población**
- 4. Muestra**
- 5. Procedimiento**
  - 5.1. Derivación
  - 5.2. Recepción
  - 5.3. Cita de evaluación
  - 5.4. Detección de los pacientes que constituyen las dos poblaciones a comparar
  - 5.5. Reevaluación a los seis y doce meses

## **6. Instrumentos**

- 6.1. GHQ-28
  - 6.1.1. Descripción
  - 6.1.2. Interpretación
  - 6.1.3. Propiedades psicométricas
- 6.2. SCL-90-R
  - 6.2.1. Descripción
  - 6.2.2. Interpretación
  - 6.2.3. Propiedades psicométricas
- 6.3. CSV Cuestionario de sucesos vitales
- 6.4. Escala de expectativas

## **7. Determinaciones**

- 7.1. Sociodemográficas
- 7.2. Asistenciales
- 7.2. Clínicas
- 7.4. Cuestionarios
- 7.5. Variables de evolución

## **8. Métodos estadísticos**

## **RESULTADOS**

### **1. Comparación entre las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales de los pacientes con código Z y los trastornos mentales.**

- 1.1. Frecuencia de las variables cualitativas sociodemográficas
- 1.2. Parámetros estadísticos de la edad de las dos poblaciones
- 1.3. Frecuencia de las variables cualitativas asistenciales de los pacientes con código Z y los trastornos mentales.
- 1.4. Expectativas de las personas que acuden al centro de salud mental
- 1.5. Frecuencia de las variables cualitativas clínicas y de intervención terapéutica (psicofarmacológica y de indicación tras evaluación) de las dos poblaciones
- 1.6. Comparación en el GHQ-28 de los códigos Z y los trastornos mentales.
- 1.7. Síntomas según el SCL-90-R
- 1.8. Sucesos vitales de ambas poblaciones

## **2. Comparación entre las variables de evolución clínica y necesidades asistenciales de los pacientes con código Z y los trastornos mentales**

- 2.1. Frecuencia de las variables cualitativas clínicas y de necesidad asistencial de las dos poblaciones a los 6 y 12 meses.
- 2.2. Parámetros estadísticos de la asistencia y ausencia de citas
- 2.3. Otros datos acerca del número de citas de códigos Z y trastornos mentales.
- 2.4. Diagnóstico de los pacientes con trastorno mental.

## **3. Comparación entre códigos Z y trastornos mentales respecto algunas variables dependientes**

- 3.1. Diferencias en las expectativas de códigos Z y trastornos mentales.
- 3.2. Diferencias en la indicación de códigos Z y trastornos mentales.
- 3.3. Diferencias en la intervención en el tratamiento de códigos Z y trastornos mentales.
- 3.4. Diferencias en la necesidad de citas de seguimiento de códigos Z y trastornos mentales.

## **DISCUSIÓN**

### **1. Prevalencia de las consultas en el centro de salud mental**

### **2. ¿Qué características sociodemográficas tienen los códigos Z y cuáles los pacientes con trastorno mental?**

### **3. Diferencias en las variables cualitativas asistenciales de los pacientes con código Z y los trastornos mentales.**

- 3.1. Diferencias en el diagnóstico de psicólogos y psiquiatras.
- 3.2. ¿Cómo son derivados códigos Z y los trastornos mentales?

### **4. Las expectativas de las personas que acuden al centro de salud mental.**

### **5. Diferencias a nivel clínico entre códigos Z y trastornos mentales.**

- 5.1. Antecedentes personales psiquiátricos de las dos poblaciones.
- 5.2. ¿Qué diferencias se encuentran en el tratamiento con el que llegan a consulta ambas poblaciones?
- 5.3. Diferencias en las puntuaciones en el GHQ-28.
- 5.4. Diferencias en las puntuaciones en el SCL-90-R.

5.5. Diferencias en la experiencia de sucesos vitales estresantes en las dos poblaciones.

**6. Indicaciones tras la evaluación de estas dos poblaciones.**

6.1. ¿Cómo es el seguimiento de los códigos Z y los trastornos mentales?

6.2. ¿Cuántas altas damos tras evaluar al paciente?

6.3. ¿Cómo es el tratamiento farmacológico de nuestros pacientes?

**7. Aspectos clínicos en la evolución de los códigos Z y los trastornos mentales.**

7.1. ¿Cómo es el tratamiento a los doce meses de estas dos poblaciones?

7.2. ¿Cuántos pacientes siguen en tratamiento con nosotros a lo largo de un año?

**8. Aspectos asistenciales en la evolución de los códigos Z y los trastornos mentales.**

**9. Limitaciones y sesgos del estudio**

**10. Futuras líneas de investigación**

**CONCLUSIONES**

**BIBLIOGRAFÍA**

**ANEXOS**

## **INTRODUCCIÓN**





## **1. Definición y descripción del problema.**

Desde hace ya algunos años se ha puesto de manifiesto el aumento en la demanda asistencial en los Servicios de Salud Mental (Retolaza A, 2004), (Kessler RC and cols, 2005), (Angst J and cols, 2005). Gran parte de este incremento se debe a diferentes problemas que podrían catalogarse de malestares o sentimientos derivados de los avatares de la vida cotidiana y que no llegan a constituir un trastorno mental. Cada vez es más frecuente asistir a demandas que tienen que ver con un sufrimiento relacionado con conflictos familiares, problemas laborales, rupturas sentimentales, situaciones de duelo y muchos otros acontecimientos vitales, que podrían considerarse como sentimientos adaptativos y normales a una determinada circunstancia (Windle C, Thompson JW, Goldman HH, and Naierman N, 1988), (Siddique CM and Aubry TD, 1997), (de Figueiredo JM, Boerstler H, and O'Connell L, 1991), (Spinoven P, Van Der Does JW, 1999). Las clasificaciones nosográficas actuales, DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), las denominan códigos Z y las recogen en un capítulo aparte, fuera de los trastornos mentales, denominado "Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud". Otros autores, en los últimos años, han querido distinguir además otro subgrupo, el de los denominados trastornos subumbrales, que hace referencia a síntomas y signos que por su número o intensidad no alcanza el nivel de trastorno mental pero que, para algunos de ellos, merecería atención en salud mental (Helmchen H and Linden M, 2000). En Asturias, por ejemplo, cada año reciben tratamiento psiquiátrico en centros públicos 50.000 personas, once veces más que hace veinte años a pesar de la drástica disminución de la población. Rendueles concluye que dado que el número de psicosis depresivas o esquizofrenias no ha variado, parece que una de las causas de esta "epidemia" es la demanda de respuesta médica al sufrimiento cotidiano (Rendueles G, 2006). En un trabajo anterior de nuestro grupo de investigación se encontró que el 24,4% de los pacientes nuevos que consultaban en un centro de salud mental en el área 2 de Madrid no podían ser diagnosticados de trastorno mental y recibían el diagnóstico de algún código Z (Ortiz Lobo A, 2004).

Para explicar el fenómeno del aumento de la demanda de tratamiento del malestar en los servicios de salud mental se pueden utilizar argumentos de distinta índole. De un lado, aquellos más positivistas consideran que es el resultado de un progreso de la ciencia en cuanto a detección e intervenciones precoces de la misma manera que le ha sucedido a otras especialidades clínicas. La fuerza de esta interpretación se puede ver en cómo la expansión de los límites de las condiciones psicológicas tratables aparece reflejada en el aumento de las categorías de los trastornos mentales (de 106 en el DSM-I de 1952 a 357 en el DSM-IV) y en la consideración del riesgo a padecer una enfermedad como una entidad clínica en sí misma a través de la conceptualización de los trastornos subumbrales, que no llegan a cumplir criterios de trastorno mental, a pesar de lo cual se justifica su tratamiento para evitar que consoliden como verdaderas enfermedades (Magruder KM, Calderone GE, 2000), (Lewinson PM, Shankman SA, GauJM, Klein DN, 2004), (Wakefield JC, Spitzer RL, 2002), (Kessler RC, y cols, 2003). Desde esta perspectiva cada vez se reclama y se oferta mayor atención para problemas derivados de la vida cotidiana desde un prisma sanitario y se propone que una intervención técnica de un experto puede ayudar a resolverlo.

Por otro lado, están los que entienden este aumento de la demanda como parte de un proceso de medicalización común a todas las especialidades médicas, mediante el cual aspectos del sufrimiento humano son reconceptualizados en enfermedades (Márquez S, Meneu R, 2003). El proceso de medicalización es complejo y se interpreta como el resultado de una conjunción de factores corporativos (el conjunto de los técnicos en salud mental, especialmente psiquiatras y psicólogos), de intereses económicos (industria farmacéutica, empresas sanitarias) (Moynihan R, Health I, Henry D, 2002) y de orden social administrativo y cultural (gestión social de las poblaciones de riesgo y gestión de lo íntimo) (Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A, 2003), (Jacobs DG, 1995), (Sturm R, 1999), (Bender E, 2002).

Algunos autores además señalan que el tratamiento de estos problemas que no constituyen un trastorno mental no está fundamentado en pruebas (Helmchen H, Linden M, 2000), es éticamente cuestionable (Charlton BG, Mckenzie K, 2004) y puede ser perjudicial por contribuir a la aparición de iatrogenia. En este sentido se ha hablado de la necesidad de realizar una

prevención cuaternaria (actitud activa continua que evite el uso innecesario de las actividades sanitarias) (Gérvás J, 2006). El aumento en la demanda por este tipo de problemas supone una sobrecarga en los servicios públicos de salud mental que puede restar atención a los pacientes más graves por la ley de cuidados inversos (Hart JT, 1971), (Narrow WE y cols, 2002) (se proporciona más y mejor asistencia a quien más la reclama y no a quien más la necesita) y podría poner en peligro la financiación y gratuidad de los sistemas públicos de salud por el creciente gasto farmacéutico que crece exponencialmente año tras año (tanto que obliga a muchos países a replantearse medidas de recorte) (Moynihan R, Health I, Henry D, 2002).

Dado que no existe un consenso inequívoco acerca de la frontera entre lo normal y lo patológico ni sobre la respuesta que se debe dar a este tipo de demanda y la preocupación por este fenómeno va en aumento, se necesitan más estudios que analicen el impacto de los códigos Z en el sistema asistencial y sobre la efectividad de la práctica clínica con estos pacientes.

El primer problema que enfrenta el clínico es establecer cuál es la frontera entre lo normal y patológico, una frontera que varía a lo largo de la historia y que está determinada también por las características personales de cada profesional aunque estos sean contemporáneos en ese momento. En la práctica asistencial actual el límite entre lo que se considera normal y lo patológico lo determinan los manuales diagnósticos realizados mediante consenso (CIE-10 y DSM-IV principalmente). El presente trabajo se atiene a la primera de ellas, la CIE-10, para que pueda objetivarse y reproducirse en la actualidad, pero como todos los estudios epidemiológicos en psiquiatría, está sujeto a la provisionalidad del concepto de enfermedad mental.

Por otro lado es importante describir el contexto asistencial en el que se hace este estudio ya que la organización del sistema y sus flujos de derivación, las prestaciones sanitarias, la financiación, la presión asistencial, son aspectos que pueden ser determinantes a la hora de definir qué es un caso.

## **2. La controversia de lo normal y lo patológico**

El pensamiento de los médicos no ha dejado de oscilar entre dos maneras de representarse la enfermedad: la *teoría ontológica* engloba todas las enfermedades de carencia y todas las enfermedades infecciosas o

parasitarias, y la *teoría dinamista o funcional* incluye las perturbaciones endocrinas y todas las enfermedades con prefijos *dis*. Ambas concepciones tienen un punto en común, consideran a la enfermedad como una situación polémica de fuerzas enfrentadas. La enfermedad difiere del estado de salud, lo patológico de lo normal, como una cualidad difiere de otra, ya sea por presencia o ausencia de un principio definido, ya sea por reelaboración de la totalidad orgánica.

George Canguilhem es probablemente el autor que más ha reflexionado acerca de los límites de la enfermedad a lo largo de la historia de la medicina. En su libro “Lo normal y lo patológico” introduce el problema considerando que la iniciativa para cualquier teoría ontológica de la enfermedad hay que atribuirla a la necesidad terapéutica (Canguilhem G, 1971). Considerar a todo enfermo como un hombre al cual se le ha agregado o quitado un ser significa que esto puede quitarse o restituirse después. Cuando la enfermedad era maleficio, en imagen, brujería o posesión, se tenía la esperanza de vencerla, bastaba con pensar que la enfermedad es algo que le sobreviene al hombre. Probablemente la medicina egipcia generalizó esta idea, combinándola con la idea de la enfermedad-posesión, en la experiencia oriental de las afecciones parasitarias. Expeler a los gusanos significaba recuperar la salud.

La medicina griega, por el contrario, presenta en los escritos y prácticas hipocráticas una concepción ya no ontológica sino dinámica de la enfermedad, y no localizacionista sino totalizadora. La naturaleza tanto en el hombre como fuera de él, es equilibrio y armonía. La enfermedad es la perturbación de ese equilibrio, de esa armonía, está en todo el hombre y le pertenece por completo. Las circunstancias exteriores son ocasiones y no causas. Lo que se encuentra en equilibrio en el hombre son cuatro humores, cuya fluidez es capaz precisamente de soportar variaciones y oscilaciones. La enfermedad no sólo es desequilibrio o disarmonía, también es esfuerzo de la naturaleza en el hombre para obtener un equilibrio. La enfermedad es una reacción generalizada con intenciones de curación. La técnica médica imita la acción médica natural.

Con el desarrollo de una patología científica vinculada a la fisiología y a la anatomía patológica ya en el siglo XVIII, se desarrolla una teoría de las relaciones entre lo normal y lo patológico en la que los fenómenos patológicos sólo son variaciones cuantitativas, según el más y el menos, de los respectivos

fenómenos fisiológicos. Lo patológico es designado a partir de lo normal no tanto como *a* o *dis* sino como *hiper* o *hipo*.

George Canguilhem también aborda el problema del límite entre lo normal y lo patológico en el ámbito psiquiátrico. Cuando habla del límite entre la salud y la enfermedad referido al ámbito psíquico, considera que más allá de las oscilaciones entre catalogarlo como variación cuantitativa o cualitativa, aparecen otras preocupaciones, como valorar la anomalía psíquica como un equivalente de la normalidad o como algo ajeno a ella que ayuda a enriquecer los conocimientos en psicología general, además de la consideración del papel del propio sujeto en la valoración o conciencia de su estatus. George Canguilhem afirma que algunos autores franceses como Ch. Blondel, D. Lagache y E. Minkowski contribuyeron a definir la esencia general del hecho psíquico mórbido o anormal y sus relaciones con lo normal. Blondel había descrito casos de alienación en que los enfermos aparecen al mismo tiempo como incomprensibles para los otros e incomprensibles para sí mismos. Él buscaba la explicación de esto en la imposibilidad en que se encuentran tales enfermos para trasponer en los conceptos del lenguaje usual los datos de su cenestesia. Le es imposible al médico comprender la experiencia vivida por el enfermo, a partir de los relatos de los enfermos. Porque aquello que los enfermos expresan con los conceptos usuales no es directamente su experiencia, sino su interpretación de una experiencia. Canguilhem destaca de Lagache su idea de que en la conciencia anormal es necesario distinguir entre variaciones de naturaleza y variaciones de grado. La psicopatología es una fuente de documentos utilizable en psicología general, una fuente de luz que debe ser proyectada sobre la conciencia normal. Esta posición es totalmente diferente a la de los que opinan que la enfermedad respeta la naturaleza de los elementos normales en los cuales descompone las funciones psíquicas. La enfermedad desorganiza pero no transforma, revela sin alterar. Piensa Lagache que la desorganización mórbida no es la simétrica inversa de la organización normal. Pueden existir en la conciencia patológica formas sin equivalente en el estado normal y con las cuales sin embargo la psicología general resulta enriquecida. E. Minkowski hace referencia al hecho de que la alienación no se deja únicamente reducir a un hecho de enfermedad, determinado por referencia a una imagen o idea precisa del ser humano

promedio o normal. El alienado ha “salido del marco” no tanto con respecto a los otros hombres como con respecto a la vida; no es tanto desviado como diferente. La alienación o anomalía psíquica presenta según Minkowski caracteres propios que para él no contiene el concepto de enfermedad. Según Minkowski, la enfermedad somática es capaz de una precisión empírica superior, de un control de las pautas mejor definido; el enfermo es para nosotros lo que es para sí mismo, mientras el anormal psíquico no tiene conciencia de su estado. “Lo individual domina la esfera de las desviaciones mentales mucho más de lo que lo hace en el dominio somático”. En el texto que estamos mencionando también se hace referencia a que Jaspers, contemporáneo de la época, también incidió en las dificultades de determinar médicamente lo normal y la salud. Para él la apreciación de los pacientes y de las ideas dominantes del medio ambiente social, más que el juicio de los médicos, es lo que determina aquello que se llama “enfermedad”. Lo que hay de común entre las diversas significaciones dadas actualmente o antaño al concepto de enfermedad, es el hecho de que se trata de un juicio de valor virtual. Estar enfermo significa ser perjudicial o indeseable o socialmente desvalorizado. Lo que es deseado como valores es “la vida, una larga vida, la capacidad de reproducción, la capacidad de trabajo físico, la fuerza, la resistencia a la fatiga, la ausencia de dolor, un estado en el cual se note lo menos posible al cuerpo fuera del gozoso sentimiento de existencia”. Su tarea propia consiste en determinar cuáles son los fenómenos vitales a propósito de los cuales los hombres se declaran enfermos, cuáles son sus orígenes, sus leyes de evolución y las acciones que los modifican. A todas estas consideraciones hay que añadir que las ideas dominantes en el ambiente social de cada época pueden influir en lo que se considera enfermedad.

En el momento actual, en el intento de dar una explicación operacional de trastorno mental surge un debate que existe entre dos posturas: la de esencialistas y la de nominalistas (Villagrán JM, 2002).

Los esencialistas creen que los conceptos naturales corresponden a diferencias genuinas de la realidad (Jerry Wakefield, 1999). El trastorno mental o físico sería el equivalente al de una disfunción o fallo de los mecanismos internos para realizar funciones que resultan de la selección natural, y que a su vez produce un daño en el individuo. Conlleva por tanto un juicio científico

sobre bases evolutivas, y por otra parte, un juicio de valor acerca de lo que supondría ese daño como condición no deseada. Wakefield, por ejemplo, propone una larga lista de trastornos llamada HDA (Harmfull dysfunction analysis). La visión de este autor es diferente por su criterio evaluativo de concepciones puramente biológicas como la de Scadding o Kendell. Difiere también por su criterio fáctico de concepciones antipsiquiátricas como la de Szasz, o de otras puramente evaluativas, pragmáticas o estadísticas (Villagrán JM, 2002).

Los nominalistas por su lado, postulan que las conceptualizaciones de trastorno mental o físico son construcciones mentales que permiten una correspondencia no directa con la realidad y son ambiguos en la naturaleza. Lilienfeld y Marino (Lilienfeld S y Marino L, 1999), a partir de las teorías de Wittgstein y Rosch, proponen el concepto Roschiano (Rosch ER, 1973) para la asignación de un trastorno que en un principio considerarían como arbitrario científicamente. Los trastornos se organizan alrededor de un prototipo ideal mental que recoge los síntomas centrales de cada categoría. De acuerdo al análisis Roschiano una persona posee dicho trastorno según la similitud con ese ideal prototípico. Este tipo de concepto surgiría de múltiples experiencias con entidades reales cuyos rasgos más consistentes van a ayudar a conformar el prototipo. Estos autores cuestionan la propuesta de Wakefield del trastorno mental como una disfunción dañina. Para ellos los trastornos mentales no son adaptaciones evolutivas directamente, el concepto evolutivo les parece que además descuida la variabilidad entre individuos resultante de la selección natural y muchos trastornos consensuados representan evoluciones adaptativas a un daño o pérdida.

Aunque estas dos posturas difieren (unos tienen un concepto de trastorno mental anclado en la realidad aunque desconocido para nosotros y los otros mantienen un concepto como producto psicosocial resultado de la experiencia repetida), ambas mantienen la posibilidad de que existan disfunciones reales y que puedan ser estudiadas. La diferencia está en la forma en la que cada grupo establecería el límite entre lo normal y lo patológico: los primeros intentan hacerlo a través de un juicio científico de que existe un fallo en una función determinada y un juicio de valor acerca del daño que produce al individuo y los segundos a través de la conformación de un prototipo como

resultado de una idea psicosocialmente determinada de que algo está alterado en el organismo. Estos autores dejan claro que la consideración de trastorno desde un concepto prototípico no quiere decir que sea solo un constructo mental que no se corresponde con nada de la realidad. El prototipo surge de experiencias con entidades reales cuyos rasgos más consistentes van a ayudar a conformar el prototipo.

Ambas posturas difieren, como decíamos antes, de posturas más extremas que han contribuido al mantenimiento del debate actual acerca de lo que consideramos hoy día trastorno mental. Existen autores que consideran que no ha sido demostrado nunca que exista una anormalidad natural consistente en aquello que llamamos enfermedad mental, y que lo que llamamos enfermedad consistiría en comportamientos que alarman o enfrentan con otras personas o que son creencias diferentes de las que tienen otros, pero que hace que se use el concepto de enfermedad mental de manera puramente metafórica. Según refiere Kendell, el mejor exponente de este punto de vista sería SAS, también Schneider llegó a la conclusión con anterioridad de que los trastornos neuróticos y los llamados trastornos de personalidad eran “variaciones anormales de la vida mental sana” y Eysenck por su parte también consideró que una parte de lo que consideramos trastorno mental era realmente comportamientos aprendidos más que trastornos (Kendell R.E. 1975).

Como vemos, el debate sobre qué es considerado normal y qué patológico y por tanto subsidiario de tratamiento, siempre ha estado vigente y continúa en la actualidad. De la necesidad de consensuarse y entenderse entre profesionales surgen las distintas nosologías a lo largo de la historia. En la práctica psiquiátrica actual el límite entre lo que se considera normal y lo que consideramos patológico lo determinan los manuales diagnósticos contruidos por consenso. Los manuales más utilizados hoy día son la CIE-10 y DSM-IV, que estarían encuadrados dentro de lo que consideramos un modelo categorial. Como respuesta a la situación clínica en la que se encontraba la psiquiatría americana en la primera mitad del siglo XX (reflejada en el DSM-I de 1952 y DSM-II de 1968), surgen importantes intentos de hacer clasificaciones válidas y operativas. Como culminación de ello nace en 1980 el DSM-III, que tiene como objetivo ser instrumento clínico más que de investigación. Por su



parte la CIE-10 de la OMS publicada en 1992 marca diferencias respecto a la CIE-9. Sigue en general los principios marcados por el DSM y se convierte en una clasificación pretendidamente ateórica y fundamentalmente descriptiva, aunque no tan rígida como la de los DSM-IV, pues el umbral de inclusión en la CIE-10 es más bajo, lo cual aumenta la tasa de morbilidad (Vallejo Ruiloba J, 2003). Las ventajas de estos sistemas de clasificación es que consiguen un lenguaje común, se adhieren al modelo médico, parten del descrédito de los sistemas diagnósticos previos a 1970, incorporan la cuantificación en la delimitación del diagnóstico e intentan ser instrumentos ateóricos a salvo de posiciones ideológicas. Por otra parte conllevan también una serie de desventajas señaladas por algunos autores: los sistemas ateóricos y puramente descriptivos suponen una regresión a épocas prekraepelianas y amenazan con impulsar una psiquiatría superficial, introducen la cuantificación en el diagnóstico, lo cual contradice la tradición clínica y las categorías se establecen por consenso, lo cual no garantiza la validez ni la pureza diagnóstica (Baca, 2000). El “fenómeno de cierre” que ha sido tratado extensamente por Berrios (1983) señala el encorsetamiento nosológico, ya que cada categoría queda delimitada por un número mínimo de síntomas, de determinada intensidad y duración, todo lo cual restringe las posibilidades diagnósticas y no garantiza que otros síntomas sean más representativos. En general permiten diagnósticos fiables pero escasamente válidos, las entrevistas estructuradas, los instrumentos estandarizados y los algoritmos diagnósticos, derivados de estas clasificaciones, no han dado los frutos esperados, ya que los actuales criterios fallan al no señalar fronteras claras entre normalidad y patología (Kendell R, Jablensky A, 2003). Además se ha cuestionado la validez de la distinción entre los ejes I y II, sobre todo en algunas categorías (esquizofrenia y personalidad esquizotípica, fobia social y personalidad evitativa, trastornos afectivos y personalidad borderline), se ha señalado la inclusión inapropiada de algunos trastornos (conversivos, estrés postraumático, hipocondría) y la conveniencia de crear nuevas categorías (Clark, 1995), y se ha acusado a los DSM de estar demasiado adheridos a valores sociales erráticos y poco sólidos (Pichot, 1997).

Como ejemplo, algunos autores (Casey P, Dowrick Ch, and Wilkinson G, 2001) han señalado que el arrinconamiento del trastorno adaptativo en las

clasificaciones de trastornos mentales a favor de la expansión del concepto de depresión está relacionado con que esta tiene un trasfondo más biológico (mientras que el trastorno adaptativo remite más a una etiología psicosocial) y más grave en el sentido de que precisa tratamiento para su resolución (mientras que los trastornos adaptativos evolucionan en muchas ocasiones a la mejoría de forma espontánea). Además, en los últimos años se ha reivindicado el concepto de trastornos subumbrales que no llegan a cumplir criterios de trastorno mental pero surgen en el marco de sustrato biológico del mismo. Aquí la psiquiatría biológica juega un doble papel, busca las causas del trastorno mental con la aspiración de curarlo, pero al mismo tiempo absuelve a la sociedad de cualquier responsabilidad de la enfermedad (Thomas P, Romme M, and Hamelink J, 1996). Se ha apuntado que los trastornos subumbrales son de 2 a 4 veces más comunes que los trastornos específicos y, como a veces ocasionan un gran sufrimiento y discapacidad, se ha justificado su tratamiento (Helmchen H and Linden M, 2000). Estos trastornos no deberían llamarse subumbrales sino, en todo caso, “entreumbrales” porque en algún lugar habrá que situar la frontera con la normalidad.

Como alternativa a los modelos categoriales surgen los modelos dimensionales que reemplazan las 300 categorías actualmente existentes por muchas menos dimensiones básicas y que suministran un papel más importante al factor gravedad. Para estos autores los modelos dimensionales permiten comprender mejor conceptos como la comorbilidad, la gravedad clínica, los estados intermedios, el sustrato biológico de las enfermedades mentales o el efecto de las variables sociales. Estos modelos son mucho más útiles y recomendables en la práctica clínica cotidiana (Goldberg D, 2000) pero es difícil trabajar con ellos en estudios epidemiológicos. Algunos autores opinan, no obstante, que estos modelos abocan a una mayor indefinición de los trastornos, especialmente el factor gravedad que puede tener dimensiones clínicas pronósticas y psicométricas, pero que en último extremo es altamente subjetivo por parte del paciente y del especialista, por lo que puede ser engañoso (Vallejo Ruiloba J, 2003).

La vuelta a una creciente dimensionalidad queda patente en el auge en el concepto “espectro”. Así han aparecido términos como el espectro obsesivo o

el afectivo en el que se incluye una amplia variedad de trastornos. El concepto de espectro supone: síntomas comunes, antecedentes familiares comunes, transición entre los trastornos que integran el espectro, sustrato biológico común y una respuesta terapéutica similar. Sin embargo se han efectuado notables críticas tanto desde el plano clínico y de la cognición, como desde la neurobiología que ponen en entredicho la validez del concepto (Vallejo Ruiloba J, 2003).

Vemos que tanto el concepto de trastorno subumbral como el de espectro parten en ambos casos de la dificultad de poder establecer un límite claro entre lo que se considera patológico y la normalidad, entre lo que precisa tratamiento y lo que no. Pero este aspecto también está determinado por el modelo sanitario y el marco asistencial en el que nos encontremos.

### **3. El marco asistencial y el estado de la cuestión**

La Ley General de Sanidad actual en España crea el Sistema Nacional de Salud (SNS) concebido como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados a través del Estado. El SNS está financiado principalmente por los Presupuestos del Estado y, en menor medida, por cotizaciones sociales, tasas por la prestación de determinados servicios y aportaciones de las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales. Las bases del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud son la universalización del derecho a la asistencia sanitaria y la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias. Sus medios y actuaciones están orientados a prestar una atención integrada de salud, comprensiva tanto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y de la rehabilitación. Las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario son las Áreas de Salud, que como regla general atienden a una población entre 200.000 y 250.000 habitantes a través de la Atención Primaria y los problemas de mayor complejidad mediante la atención especializada y hospitalaria.

La Zona de Salud es el marco territorial de la atención primaria y atenderá a una población que podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes. El Centro de Salud es la estructura física y funcional para el desarrollo de la atención primaria y sus competencias incluyen la asistencia sanitaria, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la reinserción social, la educación

sanitaria, el diagnóstico de salud de la Zona y la participación en los programas de salud mental, laboral y ambiental.

Con la reforma psiquiátrica en España, cuyas directrices han sido la integración de todos los recursos sanitarios públicos, la zonificación y la integración en el aparato sanitario general, se implanta un modelo comunitario de atención basado en el desarrollo de los servicios de salud mental en coordinación con los equipos de atención primaria, desaparecen o se reconvierten los hospitales psiquiátricos y se crean unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales.

La asistencia de la salud mental en España recae fundamentalmente sobre la atención primaria de salud y sobre los servicios de salud mental.

El modelo de la pirámide asistencial que desarrollaron Goldberg y Huxley en el National Health Service británico (Goldberg D and Huxley P, 1980) se puede aplicar en el SNS español para explicar los flujos de la demanda y de la provisión de servicios en salud mental. En él existen cinco niveles escalonados de manejo de la enfermedad mental y cuatro filtros entre ellos. En el primer nivel existe la comorbilidad psiquiátrica en la comunidad que debe pasar el filtro de reconocerse como enfermo y buscar ayuda en atención primaria. Las personas que buscan ayuda constituyen el segundo nivel y son filtrados por el médico de atención primaria que diagnosticará la existencia o no de trastorno mental. Los diagnosticados de trastorno mental constituirían el tercer nivel y pueden ser atendidos en atención primaria o derivados a salud mental, realizándose así el tercer filtro. Los pacientes atendidos en salud mental (cuarto nivel) pueden necesitar ser ingresados en un momento dado en un hospital, a través de lo que sería el cuarto filtro y se constituye un grupo de pacientes ingresados en camas psiquiátricas que conformarían el quinto nivel. Los pacientes que estudiamos en este trabajo son aquellos que se atienden en el centro de salud mental, es decir, en el cuarto nivel de la pirámide de Goldberg y Huxley. Esto significa que han pasado tres filtros del flujo asistencial (reconocerse como enfermos, ser diagnosticados como tales por el médico de atención primaria y haber sido derivados a la atención especializada).

Nuestro SNS difiere del sistema sanitario existente en otros países, en los que se permite la autoderivación del paciente a salud mental sin realizarse este segundo filtro a través del médico de atención primaria, por lo que la demanda

que le llega al profesional de salud mental puede variar y puede modificar de manera considerable la prevalencia de pacientes sin trastorno mental diagnosticable que consultan en atención especializada. Además, a los servicios sanitarios corresponde decidir cuándo un ciudadano puede competir con un buen rendimiento en las disciplinas laborales, familiares y sociales. El estatus social de enfermo se caracteriza fundamentalmente por la definición de una serie de privilegios que se contraponen a una serie de deberes que se supone entran en funcionamiento automáticamente en cuanto el grupo asigna dicho estatus a un individuo concreto. Quien autoriza el estatus social de enfermo es el médico. El tipo de sistema sanitario forma parte de la concesión de este estatus, ya que un sistema de aseguramiento público va a estar preocupado por la correcta inversión de recursos y vigilará que los gastos sean asumibles por los ingresos presupuestados, pero en un aseguramiento privado, el tercer pagador va a condicionar mucho más no sólo la relación entre su médico asalariado y el paciente asegurado, sino las condiciones en que se produce la llegada al estatus social de enfermo, la forma en que dicho estatus se mantiene y las repercusiones que tiene (Baca Baldomero E, 2003).

Por tanto, los sistemas sanitarios de diferentes países pueden influir de manera importante en cómo fijamos el límite entre lo que consideramos normal y lo que consideramos patológico, y el límite en la necesidad o no de tratamiento. Teniendo en cuenta estas variables, hemos analizado qué otros estudios realizados con anterioridad llevan a cabo un estudio comparativo entre los trastornos mentales y pacientes sin trastorno mental diagnosticable que consultan en salud mental.

#### **4. Estudios comparativos entre pacientes sin trastorno mental diagnosticable y trastornos mentales.**

En la década de los 80 y 90 aparecieron varios estudios que describían un cambio en la población que consultaba en los centros de salud mental. Señalaban un incremento en la asistencia a pacientes leves que limitaba la atención a los pacientes mentales más graves (Langsley DG, 1980), (Winslow WW, 1982), (Goldman HH, 1980), (Jerrel JM, 1986), (Klerman GI, 1985), (Dowell DA, Ciarlo JA, 1983), (Okin RA, 1984), (Windle C, Thompson JW, Goldman HH *et al*, 1988), (de Figueiredo JM, Boerstler H, and O'Connell L,

1991), (Mazzoli M 1992), (Patmore C, Weaver T, 1991). Desde la administración y los propios médicos, se plantea si es viable económicamente y apropiado continuar con una atención similar para este tipo de pacientes con los recursos disponibles. (Klerman GI, 1985), (Dowell DA, Ciarlo JA, 1983), (Wasylenki D, Goering P, Machaughton, 1992), (Rachils M, Kushner C, 1989).

A pesar del interés creciente en este tema, son pocos los estudios que evalúan las características de la población sin trastorno mental diagnosticable y los que estudian las características diferenciales de estos pacientes con los diagnosticados de trastorno mental.

Sólo hay cinco trabajos publicados en la literatura científica que revisan el fenómeno de los pacientes sin trastorno mental diagnosticable que acuden a un centro de salud mental: dos estadounidenses, uno canadiense, uno holandés y uno español. Los cuatro primeros además comparan esta población con la de los trastornos mentales pero no hacen un análisis muy exhaustivo y detallado de las características sociodemográficas, asistenciales y clínicas diferenciales de estas dos poblaciones. (Tabla I y II)

El estudio español es el que se ha realizado por parte de nuestro grupo de investigación (Ortiz Lobo A, 2004) y se ha tomado como referencia para realizar este estudio comparativo entre los trastornos mentales y los pacientes sin trastorno mental diagnosticable, catalogados como códigos Z de la CIE-10.

Los estudios realizados previamente emplean el DSM-III-R y agrupan a los pacientes sin trastorno mental diagnosticable como códigos V. Estos trabajos comparan estas dos poblaciones y son dos estadounidenses (Windle C, Thompson JW, Goldman HH *et al*, 1988), (de Figueiredo JM, Boerstler H, and O'Connell L, 1991), uno canadiense (Siddique CM and Aubry TD, 1997) y otro holandés (Spinoven P and Van Der Does JW, 1999). Los hallazgos más importantes de estos estudios y las conclusiones al respecto quedan reflejadas en la tabla I y II.

En el estudio *estadounidense* de 1988 encuentran que el porcentaje de códigos V es elevado (19%) y por tanto es un fenómeno a tener en cuenta.

Este estudio analiza menos variables sociodemográficas y clínicas que los otros estudios y ninguna de tratamiento y de evolución. Probablemente esto tiene que ver con que se trata de un trabajo retrospectivo y realizado a partir de una base de datos que no recoge demasiadas variables. Por otro lado tiene

una muestra muy amplia formada a partir del estudio de 48 centros de salud mental, lo que le permite la comparativa entre ellos respecto a la variabilidad diagnóstica de códigos V. Parece que sólo el número de horas trabajadas por el profesional está relacionado en el análisis de regresión con el diagnóstico de códigos V.

Los autores de este estudio concluyen su trabajo realizando un debate acerca del riesgo de no proveer de la atención adecuada a pacientes con enfermedad mental grave por querer asistir a todo tipo de demandas que se hacen en el centro de salud mental. Hablan de la necesidad de evaluar periódicamente la distribución de recursos que se ponen en marcha en nuestros servicios.

El estudio llevado a cabo por *de Figueiredo y colaboradores (1991)* realiza una comparativa al igual que los otros tres estudios entre las dos poblaciones, pero solo recogen a los pacientes con código V relativo a problemas familiares, con lo cual los datos no pueden ser comparados directamente con los otros ni con nuestro estudio. Este trabajo estudia tan solo algunas variables sociodemográficas y muy pocas clínicas y de uso de servicios.

A pesar de no hacer una detección de todos los pacientes con diagnóstico V es llamativo el alto porcentaje de pacientes con problemas familiares sin otro diagnóstico acompañante (27%). Por una parte podríamos pensar en un sesgo de selección, al ser prospectivo y estar buscando la detección de este tipo de problemática, pero en cualquier caso, ellos también encuentran que existe un alto porcentaje de pacientes que consultan en el centro sin reunir criterios para un trastorno mental.

El estudio realizado por *Siddique y otros autores (1977)*, es el más completo de los cuatro estudios, ya que analiza bastantes variables sociodemográficas, clínicas, de uso de servicios y de evolución del tratamiento. Encuentran un alto porcentaje de códigos V (33%), pero estos pacientes consultan directamente en el centro sin pasar el filtro de los médicos de atención primaria. Ellos relacionan este alto porcentaje con que los pacientes consultan de manera gratuita y no se dispone de muchos recursos para asistir este tipo de problemas fuera de los centros de salud mental (o si los hay son privados y caros).

Los hallazgos son similares a los de otros estudios en cuanto al perfil del paciente con código V. Encuentran que estos pacientes consumen los mismos recursos aproximadamente que los pacientes diagnosticados de trastorno mental y realizan un debate al respecto. Proponen dos alternativas, una más radical que dejaría a los pacientes con código V sin tratamiento para poder dedicar más recursos a los pacientes considerados más graves. Esta opción no les parece muy conveniente porque dejaría sin posibilidad de atención temprana o tratamiento preventivo a estos pacientes. Como segunda alternativa plantean redistribuir tiempo y tipo de servicios prestados, desplazando los códigos Z a otros recursos incluso fuera de los centros de salud mental, o administrando otras atenciones como grupos de autoayuda, psicoeducación, orientación para lectura de libros de ayuda, etc. Defienden esta última alternativa como la más válida, ya que mejoraría la atención de pacientes que consideran más graves y creen que mejoraría el balance coste-beneficio.

Por último en las conclusiones del *estudio Holandés (1999)*, encuentran que el porcentaje de pacientes con código V es bajo comparado con el hallado en otros estudios (19%). Lo ponen en relación con la variabilidad diagnóstica entre servicios de salud mental y diferencias en la derivación de pacientes desde los servicios de atención primaria. Es importante a la hora de evaluar la prevalencia tener en cuenta cómo es el acceso del ciudadano al sistema sanitario. El sistema holandés es bastante parecido al nuestro, la mayoría de los pacientes han de ser derivados por un profesional aunque ocasionalmente se permite que el paciente consulte por su cuenta, lo que explicaría la baja prevalencia que se encuentra en este estudio comparada con la alta prevalencia de los estudios americanos y del canadiense en los que se permite el acceso directo del ciudadano a atención especializada.

Ellos mismos señalan algunas limitaciones en su estudio, como la carencia de entrevistas semiestructuradas para confirmar el diagnóstico y la falta de medidas estandarizadas para valorar la evolución en el tratamiento. Como ventaja, este estudio analiza una muestra bastante amplia y permite la realización de análisis de regresión múltiple para estudiar cómo contribuyen ciertas características de los pacientes y del tratamiento en predecir el diagnóstico asignado.



En su análisis señalan que los hallazgos respecto a los códigos V son muy similares a los de otros estudios realizados, que tienen estresores y problemas que causan menos sintomatología y que esta no se beneficiaría del uso de psicofármacos. No obstante, les parece que la severidad que indica el SCL-90 de los pacientes con código V es más parecida a la de los trastornos mentales que las de los pacientes control. El uso de servicios es muy parecido en ambas poblaciones. Con todos estos hallazgos, concluyen que no existen diferencias muy grandes entre códigos V y trastornos mentales y que el porcentaje de la varianza con la que se refleja esta diferencia es muy modesto, con lo cual opinan que no está justificado privar a los códigos V de tratamiento. Añaden además que un pequeño porcentaje puede derivar a trastorno mental, con lo cual es mejor dar un tratamiento, ya que se desconoce cómo será el curso o la evolución de “los V tan heterogéneos”, y a la larga puede resultar peor el balance coste-beneficio. En este estudio no se plantean argumentos en contra de proporcionar tratamiento a los códigos V como la inconveniencia de poder estar realizando un tratamiento iatrogénico con algunos pacientes.

A pesar de que algunos de estos trabajos son más completos y exhaustivos, no evalúan otros muchos aspectos como las expectativas del paciente respecto al tratamiento, el tipo de tratamiento que reciben, ya sea el farmacológico u otro tipo de abordajes terapéuticos, si influye o no el sexo del profesional que lo atiende y si esto tiene relevancia en el diagnóstico y tratamiento o cómo ha variado ese tratamiento farmacológico en la evolución del paciente.

**Tabla I y II. Estudios que analizan los pacientes diagnosticados de trastorno mental y los pacientes diagnosticados de código Z.**

<b>AUTOR/ Año /PAIS</b>	<b>n</b>	<b><u>Diseño</u></b>	<b>Ubicación</b>	<b>Códigos V / Tr. mentales (%)</b>	<b>Variables estudiadas</b>
<b>Windle et al (1988) EE.UU.</b>	81548	Retrospectivo de 1 año comparando enfermos mentales y códigos V	41 centros de salud mental comunitarios	19% cod V / 81% tr. mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad, sexo, estado civil, educación, raza.</li> <li>- Diagnóstico DSM-IV, contactos previos, tratamiento previo.</li> <li>- Derivación, aseguramiento.</li> </ul>
<b>De Figueriredo et al (1991) EE.UU.</b>	382	Prospectivo de 2 años comparando enfermos mentales y códigos V	1 Clínica psiquiátrica ambulatoria	27% cod V / 47% cod z + tr. mental / 26% tr. mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexo, raza, estado civil.</li> <li>- Diagnóstico DSM-III, contactos previos.</li> <li>- Derivación, número de visitas.</li> </ul>
<b>Siddique et al (1997) Canadá</b>	7720	Prospectivo de 6 años comparando enfermos mentales y códigos V	3 centros de salud mental comunitarios	33 % cod V / 67% tr. mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad, sexo, estado civil, educación, situación laboral, convivencia.</li> <li>-Antecedentes psiquiátricos, severidad del problema según DSM-IV, estresores psicosociales según eje IV de DSM-IV, GAF, tratamiento a su llegada.</li> <li>- Derivación, tipo de tratamiento terapéutico, nº de visitas, tiempo por visita.</li> <li>- Mejoría en el tratamiento en el eje IV y V según terapeuta y según escala, y episodios repetidos de tratamiento.</li> </ul>
<b>Spinhoven et al (1999) Holanda</b>	5660	Retrospectivo de 12 años comparando enfermos mentales y códigos V	1 Clínica psiquiátrica ambulatoria	14% cod V / 75% tr. Mental / 5,5% sin cod V ni tr. Men	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad, sexo, educación, situación laboral, convivencia.</li> <li>- Contactos previos, severidad del problema según DSM-IV, estresores psicosociales según eje IV de DSM-IV, tratamiento previo, medicación psicotropa, SCL-90, enfermedades físicas.</li> <li>- Derivación, nº de visitas, profesional.</li> <li>- Motivo de alta, estado clínico, mejoría y tratamiento al alta.</li> </ul>
<b>Ortiz Lobo (2004) España</b>	1004	Estudio observacional transversal para analizar los pacientes con código Z	1 Centro de salud mental comunitario	24, 4% cod Z / 75,6% tr. mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad, sexo, estado civil, educación, situación laboral, ocupación laboral, tipo de contrato y convivencia.</li> <li>- Antecedentes psiquiátricos, tratamiento inicial, tiempo de inicio y prescriptor del tratamiento, tratamiento suspendido y añadido, código Z según CIE-10, SCL-90R, GHQ-28, CSV, expectativas en el tratamiento e indicación tras evaluación.</li> <li>- Derivación, tipo de derivación, demandante, tipo de profesional.</li> </ul>

	Hallazgos significativos	Conclusiones
Windle (1988)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser blanco, mujer, con alto nivel educativo y casado es más frecuente entre los códigos V, también con menor tendencia a tercer pagador, carecer de antecedentes personales y ser referidos por ellos mismos.</li> <li>- Existe asociación estadísticamente significativa entre código V y el estado civil, el sexo, los antecedentes psiquiátricos, la forma de pago, y la educación. La mayor asociación significativa de estos tres últimos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los diagnósticos de trastorno mental y código V reflejan en gran medida más la capacidad y orientación del profesional que la gravedad clínica.</li> <li>-Necesidad de evaluar periódicamente los recursos que se dan a los pacientes graves por si se están desviando a los códigos V.</li> </ul>
De Figueriredo (1991)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los trastornos mentales eran en su mayoría mujeres, y los pacientes con problemas familiares en su mayoría hombres.</li> <li>- Con problemas familiares y trastorno mental eran sobre todo mujeres en la raza negra e igual número de mujeres y hombres en la raza blanca.</li> <li>- Eran sobre todo casados y carecían de antecedentes psiquiátricos los pacientes con problemas familiares.</li> <li>- Los tres grupos son en su mayoría referidos por profesionales.</li> <li>- La media de nº de visitas era 10 en los tres grupos y no existían diferencias significativas al respecto.</li> <li>- No existen diferencias significativas entre los tres grupos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parecen existir diferencias culturales entre blancos, hispanos y negros para aceptar tener problemas familiares.- Las diferencias entre el estado civil y código V de problema familiares era esperable dado lo que se estudia.- Hay que hacer estudios que establezcan la legitimidad del tratamiento de los códigos V.</li> </ul>
Siddique (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Códigos V en su mayoría son jóvenes, mujeres, casadas, con alto nivel educativo, empleadas, viviendo solas o con familiares, su nivel socioeconómico es mayor, son menos referidos por médicos o áreas sociales y más por ellos mismos o familiares.</li> <li>- Códigos V presentan menos problemas moderados y severos que trastornos mentales y tienen menos disfunción psicosocial severa, mayor GAF y porcentaje menor de tratamiento a su llegada. El porcentaje de tratamiento al año es levemente menor que en los trastornos mentales.</li> <li>- No existen en general diferencia respecto al tiempo y número de visitas de tratamiento entre código V y trastorno mental, tampoco existen diferencias claras respecto a los beneficios. La mejoría en eje IV y eje V también era similar.</li> <li>- En el análisis de correlación se encuentra asociación entre variables sociodemográficas, la severidad clínica y algunas de las variables de tratamiento (terapeuta y nº de visitas) y el diagnóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor % de códigos V respecto a otros estudios dado que existe una atención universal.</li> <li>- Existe gran demanda de pacientes diagnosticados de Código V porque no existen servicios de atención por problemas maritales o familiares o estos son escasos.</li> <li>- Como los Códigos V mejoran a lo largo del tratamiento, proponen evaluar posibilidades terapéuticas alternativas menos costosas para no desviar recursos de los otros pacientes.</li> </ul>
Spinhoven (1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Códigos V son mayores que los enfermos mentales, con buen nivel educativo, con hijos, empleados, se autoderivan más, tienen menos tratamientos previos, menos tratamientos farmacológicos, problemas menos graves y menos enfermedades físicas.</li> <li>- SCL-90 indica menos severidad de problemas en los códigos V que los trastornos mentales, reciben además más terapia de familia y pareja. La mayoría reciben menos de 7 sesiones, se notan menos mejorados, reciben menos tratamientos con psicotropos y tienen menor número de ingresos. Al alta tienen menos estrés psicosocial.</li> <li>- En el análisis de correlación existe significancia estadística entre educación, empleo y número de hijos con ser diagnosticado de código V de un 3%; entre severidad del problema, estresor psicosocial, psicotropos a la llegada y tratamiento médico con diagnóstico de código V del 7%; entre la agorafobia, ansiedad, hostilidad, sensibilidad interpersonal y somatización del SCL-90 y el diagnóstico de código Z del 4%, y una varianza del 14% entre terapeuta, setting, nº de visitas, hospitalización y condición de enfermedad con diagnóstico de código V.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes con código V constituyen una minoría.</li> <li>- Los códigos V presentan una psicopatología más similar a los trastornos mentales que a los controles normales.</li> <li>- Utilizar recursos más baratos para los códigos V sería una posibilidad, pero podría obviarse así el carácter complejo de estos pacientes y su posible mala evolución, por lo que parece injustificada esta opción.</li> </ul>
Ortiz Lobo (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Código Z suele ser una mujer soltera, que no vive sola, de unos 43 años, alto nivel educativo, trabaja como técnico por cuenta ajena y la mayor parte sin contrato.</li> <li>- La mayoría son derivados desde Atención Primaria, el 20 % como preferentes y en más del 50% la demanda parte del paciente o familiares.</li> <li>- La mayoría esperan mejorar, un tercio tienen expectativas extraordinarias.</li> <li>- Menos antecedentes psiquiátricos que en otros trabajos, la mitad vienen con tratamiento farmacológico pautado y la mitad lleva menos de dos meses con él. En la mayoría de los casos con tratamiento este no se modifica o se suspende.</li> <li>- Se da el alta tras primera evaluación al 52% de pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las consultas sin trastorno mental diagnosticable supone un fenómeno cuantitativamente muy amplio.</li> <li>- La mitad de estos pacientes es tratado farmacológicamente desde Atención Primaria aun cuando son derivados.</li> <li>- Estos dos hechos cuestionan el buen funcionamiento asistencial.</li> <li>- Sería imprescindible investigar cuál es la mejor respuesta a este fenómeno.</li> </ul>

## **5. Pertinencia, relevancia y justificación**

Los estudios publicados hasta la actualidad nos muestran cómo la demanda va creciendo en los servicios de salud mental, lo que conlleva invariablemente un aumento del consumo de recursos sanitarios. Se ha señalado también que gran parte de esta demanda parte de una población que no puede llegar a ser diagnosticada de trastorno mental y este fenómeno va en aumento.

Se han realizado estudios previamente para analizar la prevalencia de los pacientes con y sin trastorno mental diagnosticable en las consultas de salud mental y para realizar una comparativa entre ambas poblaciones, pero estos estudios han sido realizados hace tiempo, de manera retrospectiva y además en otros países con un sistema sanitario diferente al nuestro.

El propósito de este estudio es conocer en primer lugar la magnitud de este fenómeno en el Centro de Salud Mental de Salamanca del área 2 de Madrid, analizar si existen diferencias entre los pacientes con diagnóstico de trastorno mental y los diagnosticados de código Z a nivel sociodemográfico, clínico y asistencial y saber si existen diferencias en la atención y la evolución de estas dos poblaciones a largo plazo. Tras esta primera aproximación, este estudio puede servir para abrir líneas de investigación que nos permitan conocer más a fondo las implicaciones clínicas y asistenciales de este problema.

La justificación de los estudios de prevalencia descriptivos de enfermedades mentales debería, en último término, reposar en su utilidad para la planificación de las políticas de salud (Cooper B an Singh B, 2000).

## **6. Objetivos**

- Determinar la prevalencia de las personas con y sin trastorno mental diagnosticable que consultan en el Centro de Salud Mental de Salamanca de Madrid.
- Determinar si existen diferencias entre la variables sociodemográficas, asistenciales, clínicas y de evolución entre los pacientes sin trastorno mental diagnosticable y los que sí lo tienen. Conocer cómo son esas diferencias.
- Valorar si existen diferencias entre las dos poblaciones en cuanto a que existan variables moduladoras en la relación que mantienen los códigos Z y los trastornos mentales con las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales respectivamente.



## **HIPÓTESIS DEL ESTUDIO**





### **Hipótesis generales**

- Existen diferencias en cuanto a características sociodemográficas, clínicas y asistenciales entre los pacientes con código Z y los pacientes con trastorno mental diagnosticable.
- La evolución de estas dos poblaciones es diferente, los pacientes con trastorno mental diagnosticable precisarán mayor seguimiento y tratamiento psicofarmacológico que los códigos Z.

### **Hipótesis específicas**

- Los códigos Z tienen mejor ajuste sociofamiliar que los trastornos mentales.
- Los trastornos mentales se derivan con más frecuencia de forma preferente que los códigos Z desde Atención Primaria.
- Los trastornos mentales tienen más antecedentes personales psiquiátricos que los códigos Z.
- La prescripción de tratamiento farmacológico tanto desde Atención Primaria como desde atención especializada es diferente según se trate de un código Z o de un trastorno mental.
- Los códigos Z no puntúan como caso psiquiátrico y tienen menos gravedad sintomática según el SCL 90-R que los trastornos mentales.
- La mayor parte de los códigos Z tiene unas expectativas más elevadas que los trastornos mentales, puesto que en estudios anteriores son ellos los que piden y desean ser vistos en salud mental.
- Los códigos Z son más dados de alta que los trastornos mentales tras la cita de evaluación.
- Los códigos Z reciben menor número de citas que los trastornos mentales tras la evaluación.
- La adherencia al tratamiento medida por la asistencia a las citas es mayor en los trastornos mentales.
- El porcentaje de pacientes diagnosticados de códigos Z dado de alta al primer año es mayor que para los trastornos mentales.
- A diferencia de los trastornos mentales, solo un pequeño porcentaje de códigos Z mantendrá tratamiento psicofarmacológico a los 12 meses.



## **MATERIAL Y MÉTODOS**



## **1. Diseño**

Se ha realizado un estudio abierto comparativo para estudiar las diferencias existentes entre dos poblaciones, los usuarios diagnosticados de trastorno mental entre todos los pacientes nuevos que consultan en el centro de salud mental y los que no.

La población sin trastorno mental diagnosticable ya ha sido estudiada anteriormente en otra tesis doctoral por parte de nuestro grupo de investigación, en ella se realiza un estudio descriptivo de las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales de estos pacientes (Ortiz Lobo A. Tesis Doctoral. 2004).

Se realizó un estudio piloto de seis meses de duración para poder predeterminar el tamaño de la muestra que se necesitaba, detectar posibles errores en el procedimiento y unificar criterios en el equipo investigador en el manejo de las variables y, especialmente, en la discriminación de trastorno mental versus no trastorno.

De la población con trastorno mental diagnosticable que consulta en el centro de salud mental se seleccionó una muestra aleatorizada del mismo tamaño que la utilizada para el estudio de la población sin trastorno mental diagnosticable.

## **2. Emplazamiento**

Centro de salud mental del Distrito de Salamanca que pertenece al Área Sanitaria 2 de Madrid. La atención ambulatoria en salud mental del distrito se realiza en este centro salvo dos consultas de neuropsiquiatra que permanecen en un ambulatorio de especialidades y las consultas externas del Hospital de La Princesa donde se atienden algunas de las derivaciones de las consultas externas de otras especialidades.

## **3. Población**

El centro de salud mental atiende al distrito de Salamanca que tiene una población de 140.000 habitantes. De estos, 121.000 son mayores de 18 años y por tanto, los que podrían ser atendidos en el programa de adultos del centro.

Es un distrito urbano con predominio de mujeres (proporción de masculinidad de 76,7), con hogares con un promedio de 2,7 miembros (desviación típica 1,6). La proporción de analfabetismo es del 0,3. La población activa representa el 49,2% del total y hay una tasa de paro del 18,7%. Aunque hay una diferencia marcada entre los distintos barrios, la renta global es de las más elevadas del municipio de Madrid. ([www.madrid.org/iestadis/indisal.htm](http://www.madrid.org/iestadis/indisal.htm))

#### **4. Muestra**

La muestra utilizada en este estudio se compone de dos submuestras extraídas cada una de un tipo de población:

En primer lugar, con el estudio piloto y teniendo en cuenta las prevalencias de otros estudios publicados, se estimó el tamaño de la muestra necesaria de pacientes sin trastorno mental diagnosticable. Con una prevalencia entre el 20 y el 30% de personas que acuden al centro de salud mental sin trastorno mental diagnosticable, se necesitaba unos mil pacientes nuevos para obtener un tamaño muestral de 200-300. Para obtener esta muestra se incluyeron a todos los pacientes adultos (mayores de 18 años) nuevos atendidos en el centro de salud mental desde el 30 de enero de 2001 al 19 de febrero de 2002 sin excluir a ninguno, en total 1187. Se consideran pacientes nuevos a todos aquellos que no tienen historia clínica en el centro de salud mental o, si la tienen, han transcurrido más de dos años desde su último contacto con el centro. De estos no acudieron finalmente a la primera cita 183 por lo que se evaluaron a 1004 pacientes. Se obtuvo así una muestra de 244 pacientes sin trastorno mental diagnosticable. Como el periodo de recogida de datos abarca un año se elimina también cualquier posible sesgo estacional de la muestra.

En segundo lugar se seleccionó una segunda muestra del mismo tamaño de pacientes con trastorno mental diagnosticable (244 pacientes). Para ello se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple de los 760 pacientes diagnosticados de trastorno mental, que eran también pacientes nuevos atendidos en el centro de salud mental en el mismo periodo de tiempo.

## **5. Procedimiento**

### **5.1. Derivación**

Los pacientes que acuden al centro de salud mental pueden venir derivados de los equipos de Atención Primaria del distrito (siete centros de salud con equipos de mañana y tarde), de las urgencias hospitalarias, de la Unidad de Hospitalización Breve psiquiátrica (UHB) del Hospital de La Princesa, de otros servicios médicos especializados (ya sean de pacientes hospitalizados o de consultas externas o del ambulatorio de especialidades), y de los Servicios Sociales del distrito o de los juzgados. Los pacientes tienen que acudir con un volante o informe de derivación donde se debería especificar la información clínica básica por la que se remita al paciente.

### **5.2. Recepción**

El paciente, o un familiar, solicitan la primera consulta en la secretaría del centro de salud mental con un informe o volante de derivación. Ese volante es leído por un psiquiatra o psicólogo del equipo asistencial y según la información de la que dispone, decide citar al paciente con un psiquiatra o con un psicólogo. El equipo asistencial facultativo se compone de cinco psiquiatras (tres hombres y dos mujeres) y dos psicólogos.

En el volante viene especificado si el paciente precisa una cita preferente o normal. Si no viene especificado se cita con carácter normal. A todos los pacientes que vienen con un volante de derivación preferente se les cita con un psiquiatra, independientemente de la información clínica que conste en el mismo.

El tiempo de espera desde la recepción hasta la primera cita es habitualmente de menos de dos semanas para los preferentes, para derivaciones normales de alrededor de un mes si la consulta es con un psiquiatra y de unos cincuenta a sesenta días si es con un psicólogo.

### **5.3. Cita de evaluación**

En la cita de evaluación se cita al paciente quince minutos antes para que pueda rellenar unos cuestionarios que se le proporcionan. Al entregárselos se le informa en qué consisten los cuestionarios y para lo que se van a utilizar. Se informa también de que el cumplimentarlos es voluntario pero que conviene

que los rellenen porque van a aportar información que puede ser relevante en la entrevista con el facultativo. Estos cuestionarios son: una escala de expectativas (anexo 1), el GHQ-28 (anexo 2) el SCL-90-R (anexo 3) y el CSV (anexo 4). No todos los pacientes rellenan los cuestionarios debido a problemas de visión, de analfabetismo, de tiempo o porque algunos no quisieron. De los pacientes sin trastorno mental diagnosticable 221 rellenan el GHQ, 193 la escala de expectativas, 188 el SCL-90R y 173 la escala CSV. Respecto a los pacientes con trastorno mental 212 rellenan el GHQ, 184 la escala de expectativas, 189 el SCL-90-R, y 152 la escala CSV. A continuación entran en la consulta donde son evaluados por el facultativo que dispone de una hora para atender al paciente.

De todos los pacientes existe un protocolo que recoge datos sociodemográficos que son cumplimentados por el profesional en el momento de la entrevista. Los datos de carácter asistencial y clínico son datos que se recogen habitualmente en la historia clínica del paciente durante la entrevista de evaluación. Al final de esta entrevista también se toman las decisiones clínicas que afectan al tratamiento del paciente y a la indicación de alta o seguimiento en el centro de salud mental. Además se le asigna un diagnóstico que se codificará en la hoja de estadísticas de pacientes que se rellena en todos los casos. En el caso de no existir diagnóstico de trastorno mental se codificará el código Z correspondiente. Sólo se recoge en este estudio el primer código Z o el más relevante si hubiera dos o más.

#### **5.4. Detección de los pacientes que constituyen las dos poblaciones a comparar**

El método que se empleó para definir si el paciente que consulta presenta o no un trastorno mental ha sido el diagnóstico, siguiendo los criterios de la CIE-10 de la OMS, mediante la entrevista clínica. Esta clasificación es la que se emplea habitualmente en todos los estudios de investigación epidemiológica sobre trastornos mentales en Europa. La definición de trastorno mental por cualquier clasificación podría calificarse de arbitraria pero, cuando menos, en el caso de la CIE-10 se trata de una arbitrariedad ampliamente consensuada que permite replicar los estudios y compararlos.



Para aumentar la fiabilidad interobservador se tuvieron dos reuniones durante el estudio piloto en las que se discutió sobre el límite entre trastorno mental y no trastorno según los criterios CIE-10. Tras repasar el diagnóstico diferencial con Episodio depresivo leve (F32.0), Distimia (F34.1), otros trastornos de ansiedad (F41) y Trastornos de adaptación (F43.2), se constató que la frontera entre tener un trastorno mental o no, no estaba delimitada claramente y estaba sujeta en muchas ocasiones a la interpretación del clínico. Particularmente difícil era distinguir entre un trastorno de adaptación y una reacción emocional normal ante un acontecimiento vital. La CIE-10 define el trastorno adaptativo como: “Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante.” Esta definición es bastante abierta ya que se basa en determinar, desde la subjetividad del clínico, la posible interferencia en la vida social del paciente (sin ningún tipo de estandarización) de sus alteraciones emocionales. En la CIE-10 se reconoce esta dificultad e intenta que se codifique con códigos Z del capítulo XXI aquellas situaciones que no resulten patológicas “...los contactos con servicios médicos y psiquiátricos a causa de reacciones de duelo normales, adecuados a la cultura del individuo y que no excedan los seis meses de duración no deben codificarse de acuerdo a la codificación de este tomo V (F), sino con códigos del capítulo XXI de la CIE-10...”

### **5.5. Reevaluación a los seis y doce meses**

En el caso de los trastornos mentales para conocer los datos de carácter asistencial se consultó el sistema de registro de casos del centro, que nos indica número de citas a las que asisten y a las que no en los 6 y 12 meses de manera independiente, resolución a los 12 meses (como alta definitiva, alta voluntaria, abandono, seguimiento en el CSM o cambio de residencia) y que tipo de recurso asistencial ha utilizado el paciente (seguimiento psiquiátrico, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, relajación o asistencia por trabajo social). Los datos de carácter clínico (diagnóstico y tratamiento a los doce meses) son recogidos de la historia clínica del paciente. Esta información se pudo recoger en 88 pacientes, el resto no acudía ya a consulta.

En el caso de los códigos Z obtenemos la información de carácter asistencial también del sistema de registro de casos del centro (número de citas a las que asiste y a las que no a los 6 y a los 12 meses, resolución a los 12 meses y tipo de recurso asistencial utilizado). En cuanto a los datos de carácter clínico, además de lo recogido en la historia clínica del paciente, teníamos una información adicional gracias a que en nuestro grupo de investigación se está realizando un trabajo que analiza la evolución de los pacientes diagnosticados de código Z, por lo que, independientemente de la indicación terapéutica realizada tras la primera cita (alta, seguimiento, psicoterapia, relajación,...), a los 6-9 meses se contactó nuevamente por vía telefónica con los 244 pacientes diagnosticados de códigos Z. En ese contacto telefónico les transmitimos nuestro interés en evaluar su estado clínico y se les da una cita de reevaluación en el CSM que no sobrepase los 6-9 meses de la primera. En la entrevista telefónica, para solventar la posibilidad de que el paciente aunque se le contactara por teléfono no acudiera a la entrevista y en consecuencia no se pudieran obtener los datos pertinentes, realizábamos ya una serie de preguntas para evaluar su estado clínico y conocer si seguían algún tratamiento farmacológico. La muestra final fue de 146 pacientes reevaluados.

## **6. Instrumentos**

### **6.1. GHQ-28**

- **Descripción**

David Goldberg desarrolló, en 1972, el cuestionario GHQ (General Health Questionnaire) (Goldberg DP, 1972), concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico de los no especialistas en psiquiatría.

En su formato original constaba de 93 ítems. A partir de él, se han ido generando versiones más cortas, GHQ-60, GHQ-30, GHQ-20, GHQ-12. En 1979, Goldberg y Hillier diseñaron un nuevo modelo “escalado” de 28 ítems GHQ-28 compuesto de cuatro subescalas (Goldberg DP and Hillier VF, 1979). En los últimos años, el GHQ se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de cribaje para estudios epidemiológicos

psiquiátricos, de hecho sus diferentes modalidades han sido traducidas al menos a 36 idiomas y utilizadas en más de 50 estudios de validación.

En España, se han validado y utilizado diferentes versiones: la de 60 ítems, la de 30 ítems y la de 12 ítems. Sin embargo, la más difundida en nuestro país ha sido el GHQ-28, adaptado y, validado por Lobo et al. en 1.985, que es el que hemos utilizado en este trabajo (Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, and Artal J, 1986).

El GHQ-28 es un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, de menor a mayor gravedad. El paciente debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas, no en el pasado.

Al ser un instrumento diseñado para su uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar, desde el punto de vista psíquico, a nivel “normal” y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico.

La puntuación GHQ, consiste en determinar el número de síntomas presente y asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1.

- **Interpretación**

Se trata de un cuestionario breve y de fácil ejecución. Tiene dos aplicaciones principales: estimar la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica en una determinada población y captar casos de patología psiquiátrica en las consultas no especializadas. Como elemento de cribaje tiene ventajas sobre el SCL-90-R, pero como medida de diferentes perfiles psicopatológicos este último ha demostrado su superioridad (Koeter MWJ, 1992). Es un buen instrumento para ser utilizado en Atención Primaria.

La mayoría de las críticas sobre el GHQ han incidido sobre las limitaciones que impone el diseño del mismo. Goldberg desarrolló el GHQ para monitorizar el cambio reciente que han experimentado los pacientes en su sintomatología,

no para medir el nivel absoluto de la misma. Si una persona presenta un síntoma desde hace tiempo y este no se ha modificado durante las últimas semanas, su respuesta será “no más que lo habitual” y no identificará este como problemático. El GHQ no sirve para establecer un diagnóstico clínico.

- **Propiedades psicométricas**

**Fiabilidad:**

Los estudios internacionales de validación del GHQ-28 son numerosos y están hechos sobre diferentes grupos de pacientes. En conjunto, los datos disponibles han mostrado una elevada fiabilidad test-retest del GHQ-28 ( $r = 0.90$ ).

**Validez:**

En los múltiples trabajos llevados a cabo en diferentes lugares del planeta, la sensibilidad del conjunto oscila entre 44% y 100% —mediana del 86%— y la especificidad entre el 74% y el 93% —mediana del 82%—.

En el trabajo de validación de Lobo (Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, and Artal J, 1986) se aplicó el cuestionario a una muestra de 100 pacientes ambulatorios de las consultas de medicina interna. Los datos sobre validez predictiva obtenidos fueron: para un punto de corte de 5/6 (5 no caso /6 caso) obtienen una sensibilidad del 84.6%, una especificidad del 82%, un VPP del 75%, un VPN del 89.3% y un índice de mal clasificados del 17%; para un punto de corte de 6/7 una sensibilidad del 76,9%, especificidad del 90.2%, VPP del 83,3%, VPN del 85.9% e índice de mal clasificados del 15%. En el mismo estudio se ofrecen datos sobre la validez concurrente, tanto de la puntuación total como de las subescalas, frente al diagnóstico según criterios ICD-9, hecho por dos psiquiatras entrenados en la administración de la CIS (Clinical Interview Schedule). El punto de corte utilizado en el estudio es de 5/6.

## **6.2. SCL-90-R**

- **Descripción**

El SCL-90-R es un cuestionario multidimensional autoadministrado. El paciente tiene que seleccionar mediante una escala tipo Likert de cinco grados, hasta que punto se ha sentido molesto, durante los últimos siete días, por una serie de 90 problemas (0 no la ha molestado en absoluto y 4 le ha molestado

de manera extrema). El cuestionario explora 9 dimensiones o perfiles psicopatológicos: Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Ira-Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo.

El Symptom Check List fue diseñado en la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore con la finalidad de disponer de un cuestionario para la autoevaluación de un amplio rango de problemas psicopatológicos que pudiera ser utilizado tanto en pacientes médicos, psiquiátricos o en población general y tanto como método de cribaje como para valoración de cambios sintomáticos inducidos por el tratamiento. El instrumento original constaba de 51 ítems y era conocido como Hopkins Symptom Check List (HSCL). Derogatis desarrollaron en 1973 una versión de 90 ítems (SCL-90), a la que en 1977 le cambiaron 2 ítems y le modificaron ligeramente otros 7, así nació el SCL-90-R (Derogatis LR, 1977). En 1989, el grupo de trabajo dirigido por J.L. González de Rivera adaptó la versión española del SCL-90-R y ha sido publicado un análisis factorial de ésta (González de Rivera JL, Derogatis LR, De las Cuevas C *et al*, 1989).

- **Interpretación**

Se trata de un cuestionario sencillo y fácil de aplicar. Puede ser de utilidad en atención primaria como medida de la gravedad sintomática o como elemento de screening, aunque en este caso el GHQ es más breve y tiene puntos de corte bien definidos. Es más interesante todavía como medida multidimensional de psicopatología, sobre todo si uno está interesado en los trastornos de depresión y ansiedad, en este apartado es superior al GHQ-28.

La corrección del SCL-90-R ofrece tres niveles de información: global, dimensional y de síntomas discretos.

**1) GLOBAL**, proporciona 3 índices:

-**GSI** (Índice Global de Gravedad) que hace referencia a la intensidad media del conjunto de los 90 ítems.

-**PST** (Total de Síntomas Positivos), hace referencia al número medio de síntomas experimentados por cada paciente.

-**PSDI** (Índice de Distrés de Síntomas Positivos), hace referencia a la intensidad media de los síntomas positivos.

**2) DIMENSIONAL**, proporciona 9 índices uno por cada dimensión sintomática.

**3) SÍNTOMAS DISCRETOS**, hace referencia a la intensidad media obtenida en una serie de ítems que hacen referencia a trastornos del sueño, del comportamiento alimentario, etc.

De las Cuevas (De las Cuevas C, González de Rivera JL, and Henry Benítez M, 1991) administraron el cuestionario a 167 pacientes ambulatorios de las consultas externas del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, y obtuvieron los siguientes resultados: El índice PST, fue de 59.3 ( $\pm$  16.8); el índice PSDI fue de 2.44 ( $\pm$  0.64); el índice global de gravedad GSI registró un valor de 1.66 ( $\pm$  0.73); la dimensión sintomática que registró una mayor puntuación fue la depresión 2.02 ( $\pm$  0.86), seguido de la ansiedad 1.84 ( $\pm$  0.93), obsesión-compulsión 1.77 ( $\pm$  0.91) y somatización 1.72 ( $\pm$  0.89). Al comparar los resultados con las diferentes categorías diagnósticas del ICD-10, los autores ponen de manifiesto que los pacientes pertenecientes a la categoría F2 (esquizofrenia, estados esquizotípicos y trastornos delirantes) obtienen las máximas puntuaciones en 5 de las 9 dimensiones sintomáticas del SCL-90-R (psicoticismo, ideación paranoide, ansiedad fóbica, sensibilidad interpersonal y obsesión compulsión); los pacientes de la categoría F3 (trastornos afectivos, del ánimo, del humor), obtienen las máximas puntuaciones en 3 de las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R (depresión, ansiedad y somatización).

El mismo grupo de trabajo anterior, aplicando el cuestionario a 570 ciudadanos de la población general de Tenerife obtuvieron un índice GSI de 0.45 ( $\pm$  0.33) (González de Rivera JL, De las Cuevas C, Gracia Marco R *et al*, 2004).

Aunque se ha utilizado en diferentes estudios clínicos en nuestro país,<sup>6-11</sup> es necesaria la validación de la versión española y más estudios sobre la misma. Como instrumento autoadministrado puede ser difícil de aplicar en pacientes con bajo nivel cultural. Este instrumento ofrece más una medida de discomfort general que un perfil psicopatológico determinado.

- **Propiedades psicométricas**

**Fiabilidad:**

La consistencia interna de las 9 subescalas fue buena, oscilando la  $\alpha$  de Cronbach de 0.78 a 0.90

**Validez:**

En cuanto a validez predictiva, para un punto de corte de 0.5 en el GSI, ofrece una sensibilidad del 0.83, especificidad del 0.80, VPP 0.91 y VPN 0.66. Para una muestra de pacientes que acuden a las consultas de atención primaria, con el mismo punto de corte, la sensibilidad es del 0.64, la especificidad del 0.74, VPP 0.58 y VPN 0.77. En el mismo trabajo, se confirma, mediante análisis ROC, la adecuada validez de los índices dimensionales de ansiedad y depresión.

También se demuestra en el mismo trabajo la adecuada validez discriminativa, la validez concurrente con el IIP-C y el GHQ-12.

### **6.3. Cuestionario de sucesos vitales (CSV)**

Los mejores cuestionarios de sucesos vitales son los que se basan en entrevistas semiestructuradas que recogen una gran cantidad de ítems, los valoran cuantitativamente, evalúan si el suceso es positivo o negativo para el paciente (lo que introduce un elemento corrector ya que el mismo suceso puede ser valorado de distinta manera por personas distintas) e incluso, la capacidad de control del mismo, que es crucial para conocer si el sujeto se considera competente en su afrontamiento. Como era metodológicamente complicado añadir una entrevista semiestructurada a la consulta de evaluación porque restaría tiempo al clínico para determinar si el paciente presenta o no un trastorno mental, optamos por escoger un cuestionario que pudiera rellenar el paciente.

El más completo de todos lo que encontramos es el CSV que contiene todos los elementos de una buena entrevista semiestructurada (Sandín B and Chorot P, 1987). Se compone de 65 sucesos vitales en cada uno de los cuales se señala el grado de estrés de 1 a 4, si el acontecimiento es evaluado como

positivo o negativo, si era esperable o inesperado y si en el momento de la consulota estaba controlado o fuera de control.

#### **6.4. Escala de expectativas**

Se trata de una escala tipo likert numerada de 0 a 10 en la que se le pide al paciente que señale cuanto cree que va a mejorar al venir al Centro de salud mental. El 0 (cero) corresponde a “nada” y el 10 a “completamente”

### **7. Determinaciones**

Las determinaciones que hemos realizado abarcan cuatro aspectos: las variables sociodemográficas del paciente, las variables relacionadas con el proceso asistencial, aquellas puramente clínicas y variables de evolución clínica y consumo de recursos. Para poder realizar posteriormente un análisis estadístico que nos ayudara a entender las relaciones entre los distintos factores, agrupamos algunas de las categorías siguiendo un criterio clínico.

- **Sociodemográficas**

1. Sexo
  - Hombre
  - Mujer
2. Edad
3. Estado civil
  - Soltero
  - Casado
  - Viudo
  - Divorciado
  - Separado

En el análisis de correlación entre variables se agruparon las categorías en soltero y casado alguna vez, ya que la separación anterior no nos parece que ofrezca interés a nivel clínico o asistencial.

4. Convivencia
  - Solo
  - Con pareja y / hijos (familia nuclear)
  - Con padres y/ o hermanos (familia de origen)



- Con hijos
- Con otros familiares
- Con otros no familiares

En el análisis de correlación, juntamos las categorías en dos que corresponden a vivir solo o acompañado.

#### 5. Nivel educativo

- Analfabeto
- Estudios primarios
- Graduado escolar
- Bachillerato o formación profesional
- Diplomado
- Licenciado

En el análisis de correlación agrupamos las categorías para establecer tres niveles educativos: hasta estudios primarios (incluye a analfabetos), hasta bachillerato-formación profesional (incluye los que sólo tienen el graduado escolar) y los que tienen estudios universitarios (diplomados y licenciados).

#### 6. Situación laboral

- Cumpliendo el servicio militar
- Trabajando
- Buscando el primer empleo
- Parado sin cobrar el subsidio de desempleo
- Parado que lo cobra
- Jubilado o retirado
- Estudiante
- Ama de casa
- Situación de incapacidad laboral transitoria
- Incapacidad laboral permanente

Para el análisis correlacional agrupamos las categorías en activos ocupados, activos parados (y no activos (jubilado o retirado, estudiante, ama de casa, situación de incapacidad laboral transitoria y permanente).

#### • Asistenciales

7. Profesional: Variable constituida por cada uno de los siete profesionales que realizaban la evaluación. Con el objeto de analizar la influencia del sexo y

del tipo de profesional, esta variable se ha agrupado en el análisis de relación de variables en hombres y mujeres y en psiquiatras y psicólogos

8. Sexo del profesional.

- Hombre
- Mujer

9. Tipo de profesional

- Psiquiatra
- Psicólogo

10. Derivación

- Normal
- Preferente

11. EAP

Esta variable recoge la procedencia de la derivación de los pacientes incluidos cada uno de los seis equipos de atención primaria urgencias hospitalarias, de la Unidad de Hospitalización Breve Psiquiátrica (UHB) y de otras instituciones como Servicios Sociales, Judiciales y otros.

- Don Ramón de la Cruz
- Montesa
- Castelló
- Jorge Juan
- Baviera
- Lagasca
- Florestán Aguilar
- Urgencias hospitalarias
- Unidad de Hospitalización Breve psiquiátrica (UHB)
- Otros (Servicios Sociales, Judiciales, etc.)

• **Clínicas**

12. Antecedentes psiquiátricos

- No
- Ambulatorios
- Hospitalarios

Cuando un paciente tenía antecedentes ambulatorios y hospitalarios se le codificaba sólo como hospitalarios. En el análisis de relación de variables

hemos agrupado las categorías de antecedentes psiquiátricos ya fueran hospitalarios o ambulatorios

13. Diagnóstico: Según C.I.E-10 de la O.M.S. Aunque una minoría de personas podía tener un segundo diagnóstico, únicamente se ha registrado el primero y más relevante en esos casos.

#### 14. Expectativas

Sobre una escala tipo Likert puntuada de 0 (nada) a 10 (completamente) se le pedía al paciente: “Señale con una raya cuánto cree que va a mejorar al venir a este Centro de salud mental”.

#### 15. Tratamiento inicial

En esta determinación se recoge el tratamiento psicofarmacológico que tienen pautado los pacientes en el momento de ser evaluados en el Centro de salud mental.

- No
- Benzodiacepinas
- Antidepresivos
- Benzodiacepinas + antidepresivos
- Neurolépticos  $\pm$  benzodiacepinas  $\pm$  antidepresivos
- Otros

Para el análisis de relaciones de variables agrupamos en una sola categoría a todos aquellos que tenían pautado tratamiento psicofarmacológico.

#### 16. Indicación tras evaluación

Las posibles indicaciones que se realizan tras la evaluación son:

- Alta
- Seguimiento psiquiátrico
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de grupo
- Relajación
- Trabajo social
- Rehabilitación

Para el análisis de relaciones de variables agrupamos las categorías en dos: alta o indicar algún tipo de abordaje en el centro de salud mental.

- **Cuestionarios**

17. GHQ-28
18. SCL-90-R GSI (Índice Global de Gravedad)
19. SCL-90-R PST (Total síntomas positivos)
20. SCL-90-R PSDI (Índice de distrés de síntomas positivos)
21. SCL90-R síntomas discretos
22. SCL-90-R somatización
23. SCL-90-R obsesión-compulsión
24. SCL-90-R sensibilidad interpersonal
25. SCL-90-R depresión
26. SCL-90-R ansiedad
27. SCL-90-R ira-hostilidad
28. SCL-90-R ansiedad fóbica
29. SCL-90-R ideación paranoide
30. SCL-90-R psicoticismo
31. CSV total
32. CSV estrés 1
33. CSV estrés 2
34. CSV estrés 3
35. CSV estrés 4
36. CSV positivo
37. CSV negativo
38. CSV esperado
39. CSV inesperado
40. CSV controlable
41. CSV fuera de control

- **Variables de evolución:**

42. Citas totales en 6 meses
43. Citas ausentes en 6 meses y ausencias relativas en 6 meses.
44. Citas totales en 12 meses
45. Citas ausentes en 12 meses y ausencias relativas en 12 meses.
46. Resolución a los 6 meses:
  - abandono

- alta
- alta voluntaria
- cambio de residencia
- seguimiento

Para el análisis de relaciones de variables agruparíamos en abandono, alta bien por el psiquiatra o voluntaria y seguimiento o alta por cambio de residencia (ya que se entiende que sigue siendo conveniente el seguimiento)

47. Resolución a los 12 meses.

- abandono
- alta
- alta voluntaria
- cambio de residencia
- seguimiento

48. Diagnóstico final según CIE-10.

49. Tratamiento a los 12 meses:

- ninguno
- benzodiacepinas
- antidepresivos
- benzodiacepinas + antidepresivos
- neurolépticos +/- benzodiacepinas +/- antidepresivos
- otros

Para el análisis de relaciones de variables agrupamos en una sola categoría a todos aquellos que tienen pautado tratamiento psicofarmacológico.

50. Tratamiento realizado o recurso consumido:

Esta variable recoge los posibles tratamientos realizados por el paciente a lo largo de esos 12 meses de seguimiento, pudiéndose haber realizado uno o varios tratamientos o recursos.

- Seguimiento psiquiátrico
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de grupo
- Relajación
- Trabajo social

## **7. Análisis estadístico**

### **7.1. Descripción de las dos muestras**

Se llevará a cabo la descripción de las variables, presentando la frecuencia y porcentaje en el caso de las variables categóricas, y la media, la desviación típica, la mediana y el rango para las variables cuantitativas para cada una de las dos muestras. Este análisis descriptivo se presentara de manera conjunta al mostrar el análisis comparativo.

### **7.2. Análisis comparativo**

Se comparan las dos muestras para las variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales, así como las variables que recogen la evolución clínica y las necesidades asistenciales. Se emplea t de Student para muestras independientes para la comparación de variables cuantitativas y chi cuadrado para variables categóricas. Se presenta el valor del estadístico de contraste y la probabilidad asociada.

### **7.3. Análisis estratificado**

Para las variables que recogen las expectativas de los pacientes, la indicación de alta o seguimiento tras la evaluación, las posibles modificaciones al tratamiento farmacológico inicial y el número de citas que se dan a cada paciente, se lleva a cabo un análisis estratificado que compara las dos muestras para cada una de las categorías de algunas otras variables con el objeto de identificar factores de confusión o modificadores del efecto.

## **RESULTADOS**





# 1. COMPARACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES CON CÓDIGO Z Y LOS TRASTORNOS MENTALES.

## 1.1.Frecuencia de las variables cualitativas sociodemográficas de los códigos Z y los trastornos mentales.

		Código Z		Trastorno mental		$\chi^2$
Variable	Categoría	n	%	n	%	p
<b>Sexo</b>	Masculino	74	30,3	86	35,2	<b>0,289</b>
	Femenino	170	69,7	158	64,7	
<b>Estado Civil</b>	Soltero	93	38,1	123	50,4	<b>&lt; 0,001</b>
	Casado	86	35,2	93	38,1	
	Viudo	27	11,1	7	2,8	
	Divorciado	17	7,0	8	3,2	
	Separado	21	8,6	13	5,3	
<b>Convivencia</b>	Solo	50	20,5	55	22,5	<b>0,660</b>
	Acompañados	194	79,5	189	77,5	
<b>Nivel educativo</b>	Analfabeto	4	1,6	22	9	<b>0,002</b>
	Estudios primarios	45	18,4	41	16,8	
	Graduado escolar	26	10,7	39	15,9	
	Bachillerato-F.P.	74	30,3	53	21,7	
	Diplomado	34	13,9	33	13,5	
	Licenciado	61	25,0	53	21,7	
<b>Situación laboral</b>	Trabajando	106	43,4	97	39,7	<b>0,312</b>
	Buscando primer empleo	5	2,0	3	1,2	
	Parado sin subsidio	9	3,7	7	2,8	
	Parado con subsidio	10	4,1	14	5,7	
	Jubilado o retirado	37	15,2	37	15,1	
	Estudiante	24	9,0	17	6,9	
	Ama de casa	24	9,8	24	9,8	
	Incapacidad laboral transitoria	27	11,1	35	14,3	
	Incapacidad laboral permanente	2	0,8	10	4,1	

Existen diferencias entre las dos poblaciones en cuanto al estado civil y nivel educativo. Hay más solteros entre los trastornos mentales que entre los códigos Z (50,4% frente a 38,1%). Encontramos más personas analfabetas entre los trastornos mentales (9% frente a 1,6% de códigos Z) y menor porcentaje en el resto de las categorías de estudios de nivel medio y superior, parece que los pacientes con código Z tienen mayor nivel educativo en general.

## 1.2. Parámetros estadísticos de la edad de las dos poblaciones

	Códigos Z	Trastornos Mentales	Diferencia (IC 95%)	Estadístico <i>t</i> de Student
<b>Media</b>	43,7	44,4	-0,7 ((-3,8)-(2,3))	t=1,104 p=0,636
<b>Mediana</b>	40	43		
<b>Rango</b>	18-82	18-89		

No existen diferencias en cuanto a la edad de las dos poblaciones.

## 1.3. Frecuencia de las variables cualitativas asistenciales de los pacientes con código Z y los trastornos mentales.

		Código Z		Trastorno mental		$\chi^2$
Variable	Categoría	n	(%)	n	(%)	P
<b>Tipo de profesional</b>	Psiquiatra Psicólogo	187 57	77 23	199 45	81,5 18,4	<b>0,182</b>
<b>Sexo del profesional</b>	Hombre Mujer	139 105	57 43	104 140	42,6 57,3	<b>0,002</b>
<b>Derivación</b>	Ordinario Preferente	193 51	79,1 20,9	168 76	68,8 31,1	<b>0,013</b>
<b>Equipo que deriva al paciente</b>	Don Ramón de la Cruz Montesa Castelló Jorge Juan Baviera Lagasca Florestán Aguilar Urgencias U.Hospitalización breve Otros	54 39 25 29 28 27 25 4 2 9	22,1 16,0 10,0 11,9 11,5 11,1 10,2 1,6 0,8 3,7	37 49 27 34 20 32 23 7 4 11	15,1 20,1 11,0 13,9 8,2 13,1 9,4 2,8 1,6 4,5	<b>0,504</b>

Existen diferencias significativas entre códigos Z y trastornos mentales en cuanto al sexo del profesional que atiende al paciente y el tipo de derivación. Hay más pacientes entre los trastornos mentales diagnosticados por mujeres (57,3%) que por hombres (42,6%), mientras que para los códigos Z sucede lo contrario (57% diagnosticados por hombres frente al 43% por

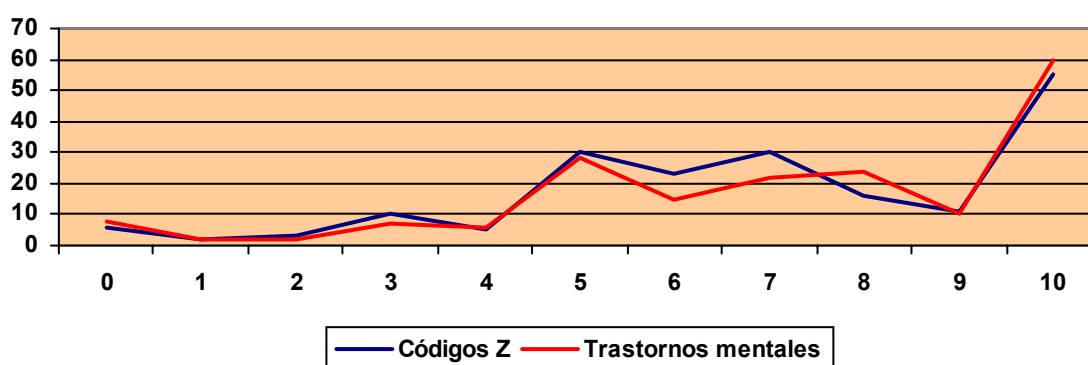
mujeres). Hay más derivaciones preferentes entre los trastornos mentales, (31,1% frente a 20,9% entre los códigos Z).

No existen datos que orienten a pensar que los psiquiatras y psicólogos diagnostiquen diferente a los códigos Z y los trastornos mentales. Respecto al lugar de procedencia no existen diferencias, parece que derivan en la misma proporción a códigos Z y trastornos mentales.

#### 1.4. Expectativas de las personas que acuden al centro de salud mental

Las expectativas se reflejaron en la respuesta a la pregunta “¿cuánto cree que va a mejorar al venir a este Centro de salud mental?” en una escala likert numerada del 0 al 10. Rellenaron este apartado 193 pacientes con código Z y 184 pacientes con trastorno mental. En el aspecto descriptivo se ha analizado esta variable como continua:

	Códigos Z	Trastornos Mentales	Diferencia (IC 95%)	Estadístico <i>t</i> de Student
<b>Media</b>	6,8	7,1	-0,3 ((-8,5)-(0,2))	t=1,04 p=0,27
<b>Mediana</b>	7	8		
<b>Rango</b>	0-10	0-10		



Para el análisis de relaciones de variables hemos agrupado esta variable cualitativamente en tres subgrupos que hemos denominado:

- Expectativas negativas: rango de 0 a 4, 5
- Expectativas positivas: rango de 5 a 8, 5
- Expectativas “mágicas”: rango de 9 a 10

Los hallazgos una vez reagrupados los datos serían los siguientes:

<b>Expectativas</b>	<b>Código Z n (%)</b>	<b>Trastorno mental n (%)</b>
<b>Negativas</b>	28 (14,5 %)	25 (13,6 %)
<b>Positivas</b>	105 (54,4 %)	89 (48,4 %)
<b>Mágicas</b>	60 (31,1 %)	70 (38 %)

**p = 0,360**

No se observan diferencias entre las expectativas de ambos grupos. Las dos poblaciones tienden a señalar sobre todo expectativas positivas en su primera visita al Centro de salud mental.

#### 1.5. Frecuencia de las variables cualitativas clínicas y de intervención terapéutica (psicofarmacológica y de indicación tras evaluación) de las dos poblaciones

		<b>Códigos Z</b>	<b>Trastorno mental</b>	$\chi^2$
<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Antecedentes Psiquiátricos</b>	No Ambulatorios Hospitalarios	183 (75,0) 58 (23,8) 2 (0,8)	131 (53,6) 94 (38,5) 19 (7,7)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Tratamiento inicial</b>	No Benzodiacepinas (BDZ) Antidepresivos (AD) Benzodiacepinas+antidepresivo Neurolépticos+-BDZ+-AD Otros	124 (50,8) 63 (25,8) 16 (6,6) 37 (15,2) 2 (0,8) 1 (0,4)	98 (40,1) 43 (17,6) 40 (16,3) 30 (12,3) 29 (11,8) 4 (1,6)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Tratamiento suspendido</b>	No Benzodiacepinas Antidepresivos Benzodiacepinas+antidepresivo Neurolépticos+- BDZ +- AD Otros	195 (79,9) 20 (8,2) 20 (8,2) 7 (2,9) 2 (0,8) 0 (0)	218 (89,3) 10 (4,1) 8 (3,2) 2 (0,8) 4 (1,6) 2 (0,8)	<b>0,005</b>
<b>Tratamiento añadido</b>	No Benzodiacepinas (BDZ) Antidepresivos (AD) Benzodiacepinas+antidepresivo Neurolépticos+-BDZ+-AD Otros	183 (75,0) 52 (21,3) 3 (1,2) 6 (2,5) 0 (0) 0 (0)	153 (62,7) 25 (10,2) 31 (12,7) 24 (9,8) 11 (4,5) 0 (0)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Indicación tras evaluación</b>	Alta Seguimiento psiquiátrico Psicoterapia individual Psicoterapia de grupo Relajación Trabajo social Rehabilitación	127(52,0) 39 (16,0) 74 (30,3) 1 (0,4) 1 (0,4) 2 (0,8) 0 (0)	51 (20,9) 155 (63,5) 36 (14,7) 1 (0,4) 0 (0) 0 (0) 1 (0,4)	<b>&lt;0,001</b>

Se observan diferencias entre las dos poblaciones en todas las variables estudiadas a este nivel. Los trastornos mentales presentan más antecedentes psiquiátricos (46,2 frente a 24,6% para los códigos Z), acuden al centro con un tratamiento pautado más frecuentemente que los códigos Z (59,8 frente a 49,2%), se les suspende menos la medicación pautada que traen y se les añade más. Tras la evaluación son dados de alta menos frecuentemente que los pacientes con código Z (20,9% frente a 52% para los códigos Z).

### 1.6. Diferencias en el GHQ-28 de los códigos Z y los trastornos mentales

El GHQ-28 fue rellenado por 221 pacientes con código Z y 212 con trastorno mental. Se han obtenido en primer lugar algunos parámetros de su análisis como variable cuantitativa, puesto que algunos autores lo han hecho así ocasionalmente. Pero vamos a analizarla fundamentalmente como variable cualitativa, separando los posibles casos, con una puntuación de 6 o más, de los no casos, que puntúan 5 o menos, como se ve en la tabla.

	<b>Códigos Z</b>	<b>Trastornos Mentales</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Estadístico t de Student</b>
<b>Media</b>	13,4	15,5	2,1 (0,7-3,5)	t=2,960 p=0,003
<b>Mediana</b>	14	16		
<b>Rango</b>	0-27	0-28		

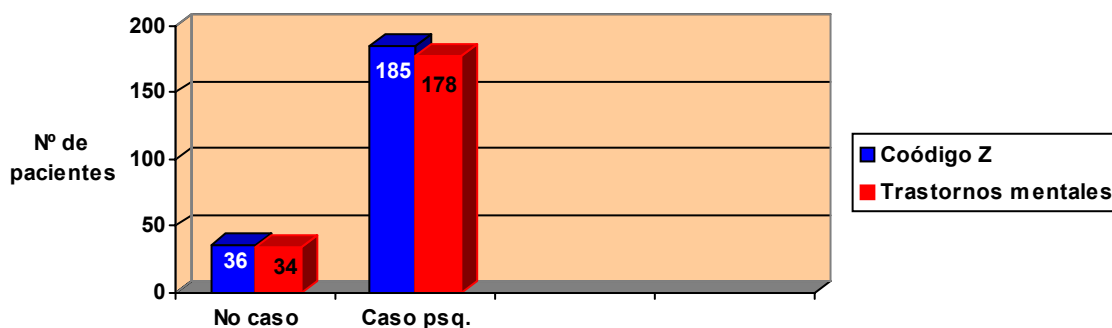
Los trastornos mentales presentan un GHQ inicial entre 0,7 y 3,5 puntos superior a los códigos Z.

Si analizamos la variable como cualitativa:

<b>Intervalos del GHQ</b>	<b>Códigos Z n (%)</b>	<b>Trastornos mentales n (%)</b>
<b>0-5 (no caso psiquiátrico)</b>	36 (16%)	34 (16%)
<b>6-28 (caso psiquiátrico)</b>	185 (84%)	178 (84%)

**p = 0,943**

Separado en intervalos no hay diferencias entre los subgrupos de caso psiquiátrico y no caso entre las dos poblaciones. En una gráfica esto se vería de la siguiente manera:



### 1.7. Síntomas según SCL-90- R

Este test fue rellenado por 188 pacientes con código Z y 189 pacientes con trastorno mental. La tabla muestra los resultados del análisis de los distintos índices que caracterizan a las dos poblaciones.

Índices	Media de Códigos Z	Media Tr. Mentales	Diferencia (IC95%)	Estadísticos
Índice global de gravedad	1,2	1,5	0,3 (0,1-0,4)	t=4,02 p<0,001
Total de síntomas positivos	36,8	28,8	7,9 (13,2-25,9)	t=2,95 p=0,004
Índice distrés de síntomas positiv	2,1	2,4	0,3 (0,1-0,4)	t=4,54 p= 0,001
Somatización	1,3	1,6	0,2 (0,07-0,4)	t= 2,71 p=0,007
Obsesionalidad	1,4	1,7	0,3 (0,1-0,5)	t=3,54 p<0,001
Hipersensibilidad	1,1	1,3	0,2 (0,07-0,4)	t=2,72 p=0,007
Depresión	1,7	2,0	0,3 (0,1-0,5)	t=2,99 p= 0,003
Ansiedad	1,3	1,8	0,5 (0,3-0,6)	t=5,53 p<0,001
Hostilidad	1,0	1,3	0,3 (0,1-0,5)	t=3,02 p=0,003
Fobias	0,6	1,1	0,5 (0,3-0,7)	t=5,63 p<0,001
Paranoidismo	1,1	1,2	0,1 (0,07-0,3)	t=1,16 p=0,244
Psicoticismo	0,7	1,0	0,3 (0,1-0,4)	t=4,30 p<0,001
Síntomas discretos	1,5	1,7	0,2 (0,03-0,4)	t=2,29 p=0,022

Existen diferencias significativas entre todos los índices estudiados entre las dos poblaciones a excepción del paranoidismo. Los trastornos mentales puntúan más alto en todos los índices estudiados, también puntúan mayor índice global de gravedad y de distrés de síntomas positivos y menor número total de síntomas positivos.

### 1.8. Sucesos vitales de ambas poblaciones

El cuestionario de acontecimientos vitales CSV fue rellenado por 173 pacientes con código Z y 152 pacientes con trastorno mental. Se podían señalar hasta 65 acontecimientos vitales que hubieran sucedido en los dos últimos años, y el rango fue de 1 a 20 sucesos. No se encontró diferencia en el número de sucesos vitales que señalan códigos Z y trastornos mentales. Los Z señalaban una media de 5,2 sucesos y los trastornos mentales del 5,8. Los sucesos más frecuentes se recogen en las dos tablas siguientes:

Sucesos vitales más señalados en los códigos Z	Frecuencia (%)
Cambio en el ritmo de sueño	66 (38,1)
Quedarse sin trabajo	57 (32,9)
Enfermedad de un miembro de la familia	40 (23,1)
Ruptura de noviazgo o relación similar	39 (22,5)
Problemas con colegas o compañeros de trabajo	35 (20,2)
Discusión especialmente grave con su cónyuge o pareja	35 (20,2)
Cambio de casa	35 (20,2)
Problemas con superiores en el trabajo	34 (19,6)
Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda	32 (18,4)
Reducción sustancial de los ingresos	31 (17,9)
Dificultades sexuales	30 (17,3)
Problemas con vecinos o con familiares que no viven en la casa familiar	29 (16,7)
Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, etc.)	29 (16,7)
Muerte de algún familiar cercano (padre, hermano, etc.)	26 (15,0)
Préstamo o hipoteca de más de un millón de pesetas	26 (15,0)
Cambio de horario o de las condiciones del trabajo actual	26 (15,0)
Enfermedad prolongada que requiere tratamiento	25 (14,4)
Hospitalización de algún miembro de la familia	25 (14,4)

<b>Sucesos vitales más señalados entre los trastornos mentales</b>	<b>Frecuencia (%)</b>
Cambio en el ritmo de sueño	67 (44,0)
Enfermedad prolongada que requiere tratamiento	64 (42,1)
Quedarse sin trabajo	62 (40,7)
Problemas con colegas o compañeros de trabajo	58 (38,1)
Dificultades sexuales	44 (28,9)
Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda	42 (27,6)
Enfermedad de un miembro de la familia	41 (26,9)
Reducción sustancial de los ingresos	40 (26,3)
Ruptura de noviazgo o relación similar	38 (25,0)
Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, etc.)	38 (25,0)
Cambio de lugar de trabajo	37(24,3)
Cambio de casa	36(23,6)
Matrimonio	34 (22,3)
Exámenes importantes	34(22,3)
Problemas relacionados con el alcohol o drogas	32(21,0)
Hospitalización de algún miembro de la familia	32(21,0)
Discusión especialmente grave con su cónyuge o pareja	33(21,7)
Problemas con vecinos o con familiares que no viven en la casa familiar	31(20,3)

En las dos poblaciones encontramos que los cambios en el ritmo de sueño es lo más frecuentemente señalado (38% por códigos Z y 44% por trastornos mentales). No existe gran variabilidad entre lo señalado más comúnmente por los códigos Z y los trastornos mentales, ambos subgrupos señalan acontecimientos vitales como preocupación por enfermedad de uno mismo o de otro miembro de la familia, malestar por la pérdida de empleo, o problemas con los colegas o compañeros de trabajo entre otros.

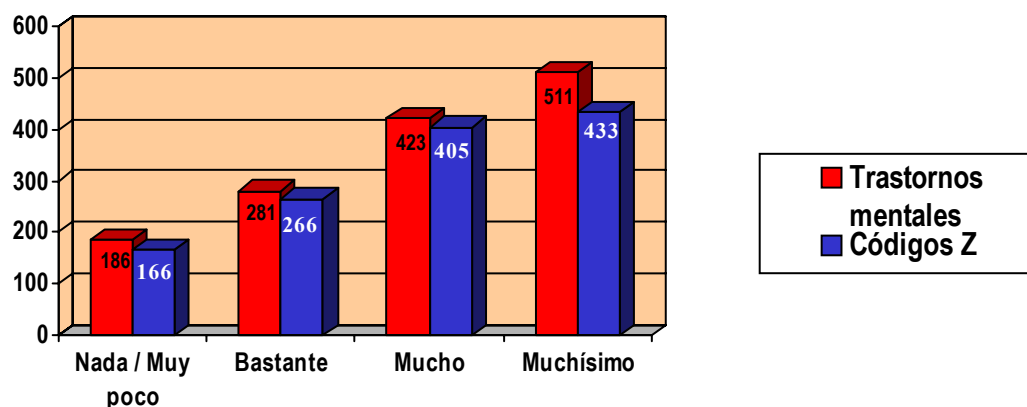


**Tabla de las características de los acontecimientos vitales señaladas por las dos poblaciones**

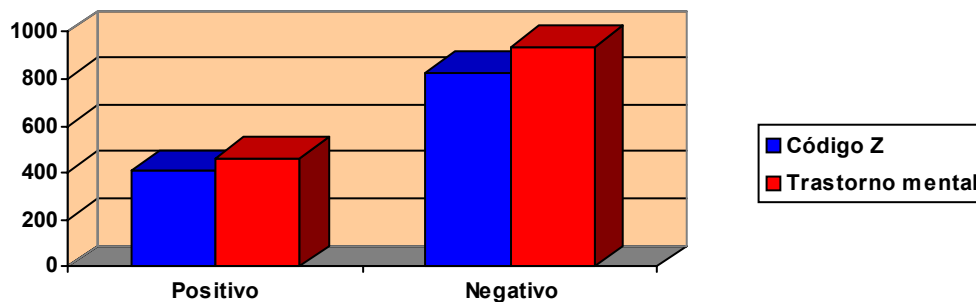
Características del acontecimiento vital		Códigos Z		Trastornos mentales		x <sup>2</sup>
		n	(%)	n	(%)	p
<b>Grado de estrés</b>	Nada/Muy poco	166	13	186	13	<b>0,580</b>
	Bastante	266	21	281	20	
	Mucho	405	32	423	30	
	Muchísimo	433	34	511	36	
<b>Calificación del estrés</b>	Positivo	407	33	459	33	<b>0,967</b>
	Negativo	828	67	939	67	
<b>Sorpresa del estrés</b>	Esperado	638	52,5	696	50,1	<b>0,255</b>
	Inesperado	579	47,5	692	49,9	
<b>Control del estrés</b>	Controlado	747	61	755	54	<b>&lt;0,001</b>
	Fuera de control	471	39	640	46	

No se observan diferencias entre las dos poblaciones salvo en el sentimiento de control del estrés, los trastornos mentales sentían que los acontecimientos vitales estaban fuera de control en más ocasiones que los códigos Z en el momento de la consulta (46% frente a 39%).

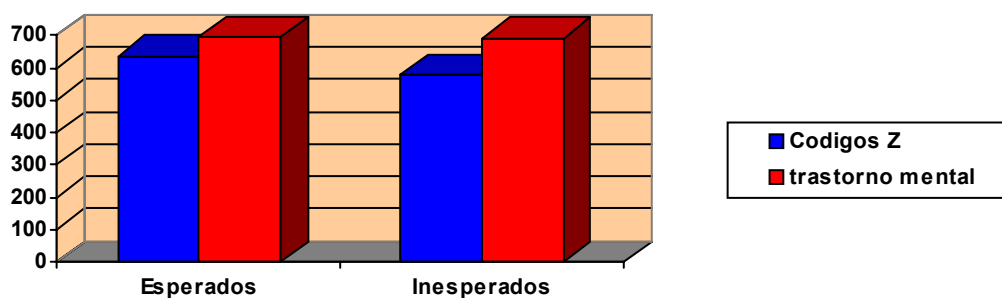
- El grado de estrés o tensión psíquica que se puntuó de los sucesos vitales señalados fue elevado en ambas poblaciones



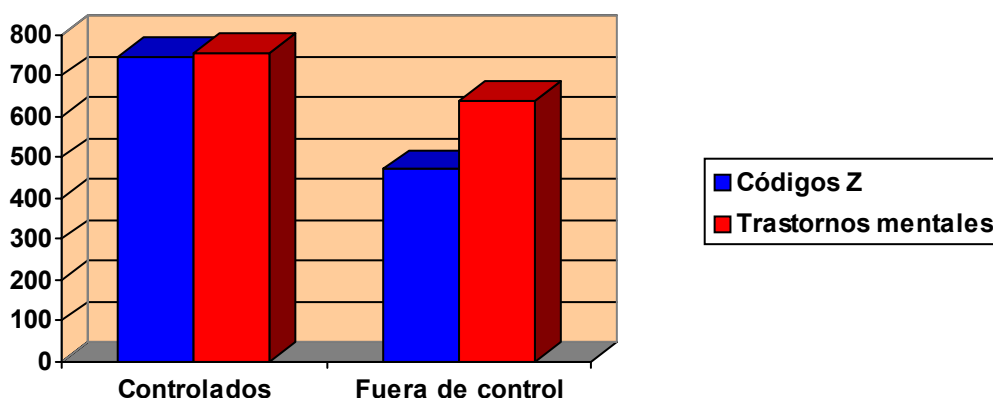
- La evaluación de los acontecimientos vitales fue considerada negativa en su mayor parte en las dos poblaciones (67% en ambos casos).



- Entre los códigos Z algo más de la mitad de los acontecimientos que se señalaron eran esperados (52,5%), en los trastornos mentales fue prácticamente similar los que señalaron los sucesos como esperados e inesperados (50,1% frente a 49,9%).



- Respecto al sentimiento de control de los acontecimientos vitales en el momento de la consulta en los trastornos mentales se dio más la sensación de tenerlos fuera de control.



## 2. COMPARACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE EVOLUCIÓN CLÍNICA Y NECESIDADES ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES CON CÓDIGO Z Y LOS TRASTORNOS MENTALES.

### 2.1. Frecuencia de las variables cualitativas clínicas de las dos poblaciones a los 6 y los 12 meses.

		<b>Códigos Z</b>	<b>Trastorno mental</b>	$\chi^2$
<b>Variables</b>	<b>Categoría</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Tratamiento a los 12 meses*</b>	<b>Ninguno</b>	86 (59,3)	23 (26,4)	<b>&lt;0,001</b>
	<b>Benzodiacepinas (BDZ)</b>	37 (25,5)	7 (8,05)	
	<b>Antidepresivos (AD)</b>	8 (5,5)	10 (11,4)	
	<b>Benzodiacepinas+antidepresivos</b>	12 (8,3)	23 (26,4)	
	<b>Neurolépticos+-BDZ+-AD</b>	0 (0)	19 (21,8)	
	<b>Otros</b>	2 (1,4)	5 (5,7)	
<b>Resolución a los 6m.</b>	<b>Abandono</b>	58 (23,8)	44 (18,0)	<b>&lt;0,001</b>
	<b>Alta</b>	161 (66)	101 (41,4)	
	<b>Seguimiento</b>	25 (10,2)	99 (40,6)	
<b>Resolución a los 12m.</b>	<b>Abandono</b>	66 (27,0)	64 (26,2)	<b>&lt;0,001</b>
	<b>Alta</b>	157 (64,3)	113 (46,3)	
	<b>Seguimiento</b>	21 (8,6)	67 (27,5)	

\*Respecto a 146 códigos Z que pueden ser reevaluados y 88 de los trastornos mentales de los que se han podido obtener datos por la historia clínica o registro informatizado del centro. El resto de las variables se analiza en el total de la muestra.

Existen diferencias en todas las variables estudiadas. Los trastornos mentales tienen pautado tratamiento a los 12 meses con más frecuencia que los códigos Z (73,6% frente a 40,7%), y continúan en seguimiento tanto a los 6 como a los 12 meses en mayor proporción que los códigos Z (26,23% trastornos mentales frente a 8,6% de códigos Z)

## 2.2. Parámetros estadísticos de la asistencia y ausencia de citas

Existe diferencia entre las dos poblaciones en el número total de citas. Los trastornos mentales tienen 1,84 citas más (entre 1,2 y 2,3) que los códigos Z a los 6 meses de la evaluación, y 3,1 veces más (entre 2,2 y 4,1) a los 12 meses.

	Códigos Z			Trastorno mental			*Diferencia entre medias
	Media	Mediana	Rango	Media	Mediana	Rango	
<b>Citas en 6 meses</b>	2,32	1	1-11	4,16	1	1-24	1,84 (1,2-2,3)
<b>Citas en 12 meses</b>	2,97	1	1-18	6,11	3	1-38	3,1 (2,2-4,1)

\*Esta es la diferencia entre las medias medido por la t de student con una  $p < 0.001$  tanto a los 6 como a los 12 meses.

Respecto las ausencias relativas de los pacientes existe diferencia entre los trastornos mentales y los códigos Z, los trastornos mentales faltan una cita de cada 5 y los códigos Z 1 cita de cada 2,5 a los 12 meses.

	Códigos Z			Trastorno mental			*Diferencia entre medias
	Media	Mediana	Rango	Media	Mediana	Rango	
<b>Ausencias relativas en 6 m.</b>	0,4	0,3	0-1	0,2	0	0-1	0,233 (0,149-0,319)
<b>Ausencias relativas en 12 m.</b>	0,4	0,3	0-1	0,2	0,8	0-1	0,213 (0,131-0,295)

\*Esta es la diferencia entre las medias medido por la t de student con una  $p < 0,001$  a los 6 y a los 12 meses.

### 2.3. Otros datos acerca del número de citas de códigos Z y trastornos mentales.

	<b>Códigos Z 117 pacientes</b>	<b>Trastornos mentales 193 pacientes</b>	
<b>No abandonan tras 1ª cita</b>	88 (75,2%)	182 (94,3%)	
<b>Abandonan tras primera cita</b>	29 (24,8%)	11 (5,7%)	p<0.001 OR=0.183 (0.088-0.384)

\* De los 310 pacientes que quedan en seguimiento tras la primera evaluación.

Si estudiamos el abandono del seguimiento en el Centro de Salud Mental tras la primera cita de evaluación obtenemos que existe una diferencia clara entre códigos Z y trastornos mentales, los primeros tienen una probabilidad casi 5 veces mayor de abandonar tras la primera consulta que los trastornos mentales.

	<b>Códigos Z</b>	<b>Trastornos mentales</b>	
<b>Menos de 6 citas</b>	217 (88.9%)	160(65.6%)	
<b>Más de 6 citas</b>	27 (11.1%)	84 (34.4%)	p<0,001 OR=4,219 (2,613-6,814)

Si realizamos un punto de corte en 6 visitas para poder comparar entre las dos poblaciones, los trastornos mentales tienen una probabilidad 4 veces mayor que los códigos Z de recibir más de 6 citas en de seguimiento en el centro de salud mental.

#### 2.4. Diagnóstico de los pacientes con trastorno mental.

<b>Código CIE-9</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia (%) inicial</b>
<b>290</b>	Demencia senil	4 (1,64)
<b>295</b>	Esquizofrenia paranoide	12 (5,02)
<b>296</b>	Trastorno afectivo	3 (1,26)
<b>297</b>	Estado paranoide	5 (2,08)
<b>298</b>	Psicosis reactivas	4 (1,64)
<b>300</b>	Estados de ansiedad	60 (25,43)
<b>301</b>	Trastornos de la personalidad	18 (7,53)
<b>302,7</b>	Disfunción psicosexual no especificada	1 (0,42)
<b>303</b>	Dependencia o abuso de sustancias	17 (7,12)
<b>306</b>	Disfunción fisiológica de origen mental	1 (0,42)
<b>307</b>	Síndromes específicos (TCA, tics, insomnio...)	11 (6,46)
<b>309</b>	Reacciones adaptativas	77 (32,2)
<b>313,8</b>	Trastorno de identidad	1 (0,42)
<b>316</b>	Factores psíquicos asociados a enfermedades	1 (0,42)
<b>317</b>	Retraso mental	4 (1,68)
<b>TOTAL</b>		<b>244 (100)</b>

### 3. COMPARACIÓN ENTRE CODIGOS Z Y TRASTORNOS MENTALES RESPECTO A ALGUNAS VARIABLES DEPENDIENTES

#### 3.1. Diferencias en las expectativas de códigos Z y trastornos mentales.

Inicialmente veíamos que no existían diferencias en las expectativas que traían ambos grupos al acudir al Centro de Salud Mental, la mayoría tenían expectativas positivas (54,4% los códigos Z y 48,4% los trastornos mentales).

Hemos realizado un análisis estratificado para ver el efecto modificador de las diferentes variables en la relación entre las expectativas y haber sido diagnosticado de código Z o de trastorno mental. Solo se encuentra un efecto modificador en el caso de la edad, del nivel educativo y de la derivación. En el resto de las variables (sexo, estado civil, convivencia, situación laboral, antecedentes psiquiátricos, GHQ-28, tratamiento inicial y el tipo o sexo del profesional que evalúa) no hay modificación del efecto.

Cuando analizamos cómo modifica **la edad** la relación entre las expectativas del paciente y ser diagnosticado de código Z o trastorno mental, vemos que en el caso de los códigos Z la mayor edad se relaciona más con las expectativas mágicas, en segundo lugar con las negativas y los de menor edad con expectativas positivas. Para los trastornos mentales no se da esta relación, la edad no influye en las expectativas de las pacientes al venir a consulta.

Edad media del paciente			
	Positivas	Negativas	Mágicas
Código Z*	38,4	44,4	45,9
Trastorno** mental	43,2	45,8	41,8

\*p=0,009 \*\*p0,567

Para estudiar la variable **nivel de estudios** habíamos agrupado las diferentes categorías de la siguiente manera: los analfabetos o con estudios primarios en primer lugar, con estudios medios (incluye bachillerato y BUP/FP) y con estudios superiores (licenciados y diplomados). Las expectativas son diferentes en los pacientes con código Z respecto a los trastornos mentales en

el caso de los analfabetos, puesto que los códigos Z con analfabetismo tienen más expectativas “mágicas” (67% frente al 40%) que los trastornos mentales, y en estos las expectativas positivas son las de mayor porcentaje (49% para los trastornos mentales frente a 18% para los códigos Z). En el resto de las categorías del nivel educativo (nivel medio y superior) se comportan igual, predominando en ambos casos las expectativas positivas.

<b>Analfabetos o estudios primarios</b>						
	<b>Positivas</b>		<b>Negativas</b>		<b>Mágicas</b>	
	<b>%</b>	<b>5</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Código Z</b>	5	17,9	4	14,3	19	67,9
<b>Trastorno mental</b>	23	48,9	5	10,6	19	40,4

**p=0,025**

<b>Pacientes con estudios medios</b>						
	<b>Positivas</b>		<b>Negativas</b>		<b>Mágicas</b>	
	<b>%</b>	<b>5</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Código Z</b>	47	59,5	11	13,9	21	26,6
<b>Trastorno mental</b>	81	53,6	19	12,6	51	33,8

**p=0,147**

<b>Pacientes con estudios superiores</b>						
	<b>Positivas</b>		<b>Negativas</b>		<b>Mágicas</b>	
	<b>%</b>	<b>5</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Código Z</b>	53	61,6	13	15,1	20	23,3
<b>Trastorno mental</b>	31	48,4	12	18,8	21	32,8

**p=0,265**



En cuanto a la **derivación**, no hay diferencia en las expectativas de los pacientes con código Z o los diagnosticados de trastorno mental entre los derivados de manera ordinaria, pero si existen diferencias entre los preferentes. Hay más expectativas positivas y menos negativas en los pacientes con código Z derivados de manera preferente, en los trastornos mentales no sucede lo mismo, las expectativas positivas son menores que la de códigos Z, aumentando las negativas y las mágicas, aunque las positivas siguen siendo las más frecuentes.

<b>Pacientes preferentes</b>						
	<b>Positivas</b>		<b>Negativas</b>		<b>Mágicas</b>	
	<b>%</b>	<b>5</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Código Z</b>	32	72,7	3	6,8	9	20,5
<b>Trastorno mental</b>	29	49,2	9	15,3	21	35,6

**p=0,053**

<b>Pacientes ordinarios</b>						
	<b>Positivas</b>		<b>Negativas</b>		<b>Mágicas</b>	
	<b>%</b>	<b>5</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Código Z</b>	73	49,0	25	16,8	51	34,2
<b>Trastorno mental</b>	60	48,0	16	12,8	49	39,2

**p=0,551**

### 3.2. Diferencias en la indicación de códigos Z y trastornos mentales.

En la relación entre alta o seguimiento respecto a ser diagnosticado de código Z o de trastorno mental obtenemos la siguiente tabla en el estudio estratificado:

	Alta		Seguimiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	127	52,0	117	48,0	<p>p&lt;0,001</p> <p>OR= 4,11(2,76-6,12)</p>
<b>Trastorno Mental</b>	51	20,9	193	79,1	

El riesgo de ser dado de alta y no continuar en seguimiento es 4,11 veces mayor en los códigos Z que en los trastornos mentales.

Intentamos ver cómo modifican esta relación las diferentes variables, o si alguna es factor de confusión, y encontramos que ninguna de ellas lo es. Por este motivo hemos calculado la odds ratio ajustada para las diferentes variables.

<b>Odds ratio general</b>	<b>4,11</b>
<b>OR ajustada para el sexo</b>	4,165
<b>OR ajustada por el estado civil</b>	4,038
<b>OR ajustada por la convivencia</b>	4,159
<b>OR ajustada por la educación</b>	4,291
<b>OR ajustada por la situación laboral</b>	4,104
<b>OR ajustada para la derivación</b>	4,011
<b>OR ajustada para antecedentes psiquiátricos</b>	3,952
<b>OR ajustada para el GHQ</b>	4,090
<b>OR ajustada para las expectativas</b>	5,676
<b>OR ajustada para el tratamiento inicial</b>	4,597
<b>OR ajustada para el tipo de profesional</b>	4,964
<b>OR ajustada para el sexo del profesional</b>	3,943

### 3.3. Diferencias en la intervención en el tratamiento de códigos Z y trastornos mentales.

Para hacer un análisis estratificado del diferente tipo de intervenciones farmacológicas hemos tenido en cuenta varios tipos de intervención, cuando no se modifica el tratamiento que traen (es decir, ni se añade ni se suspende tratamiento), cuando se añade tratamiento y cuando se suspende tratamiento.

#### 3.3.1. No se modifica el tratamiento

En primer lugar, no se modifica tratamiento al 62,7% de los códigos Z y al 61,5% de los trastornos mentales, y no hay diferencia significativa entre las dos poblaciones.

Hemos realizado un análisis estratificado de las diferentes variables para ver si alguna modifica este efecto o es factor de confusión. La convivencia, la derivación y el tratamiento inicial son moduladoras de este efecto. La edad no lo es.

	No se varia tratamiento		Se varia tratamiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	153	62,7	91	37,3	p<0,780 OR=1,054(0,731-1,519)
<b>Trastorno mental</b>	150	61,5	94	38,5	

Las odds ratio conjuntas son las siguientes:

<b>Odds ratio general</b>	<b>1,05</b>
<b>OR conjunta para el sexo</b>	1,04
<b>OR conjunta para el estado civil</b>	1,08
<b>OR conjunta para la educación</b>	1,02
<b>OR conjunta para la situación laboral</b>	1,05
<b>OR conjunta para antecedentes psiquiátricos</b>	0,99
<b>OR conjunta para el GHQ</b>	1,04
<b>OR conjunta para las expectativas</b>	1,17

Si valoramos cómo **la convivencia** varía la relación entre el modificarse o no el tratamiento inicial y ser código Z o trastorno mental, en los que viven acompañados no se modifica esta relación, pero sí en los que viven solos. Se les modifica más a los trastornos mentales que a los códigos Z (51% a los trastornos mentales y 32 % a los códigos Z). El riesgo de que se modifique el tratamiento a los trastornos mentales que viven solos 2,2 veces más que a los códigos Z que viven solos. Este riesgo es similar en los que viven acompañados.

Viven solos					
	No se varia tratamiento		Se varia tratamiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	34	68,0	16	32,0	p=0,050 OR=2,204 (0,995-4,882)
<b>Trastorno mental</b>	27	49,1	28	50,9	

Viven acompañados					
	No se varia tratamiento		Se varia tratamiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	119	61,3	75	38,7	p=0,448 OR=0,851 (0,562-1,290)
<b>Trastorno mental</b>	123	65,1	66	34,9	

En cuanto a **la derivación**, aunque en un principio la p es no significativa, se ha visto diferencia significativa en las odds ratio de ordinarios y preferentes. Entre los ordinarios tienen mayor riesgo de que se modifique el tratamiento los pacientes diagnosticados de trastorno mental (1,3 veces más que a los códigos Z). Entre los preferentes hay un riesgo doble de que le modifique el tratamiento a los códigos Z respecto a trastornos mentales.

Derivación ordinaria					
	No se varia tratamiento		Se varia tratamiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	128	66,3	65	33,7	p=0,222 OR=1,306 (0,850-2,007)
<b>Trastorno mental</b>	101	60,1	67	39,9	

Derivación preferente					
	No se varia tratamiento		Se varia tratamiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	25	49,0	26	51,0	p=0,083 OR=0,530 (0,257-1,091)
<b>Trastorno mental</b>	49	64,5	27	35,5	

En cuanto al **tratamiento** con el que llegan a consulta existen diferencias entre los códigos Z y trastornos mentales. A los trastornos mentales se les añade tratamiento casi 4 veces más que a los códigos Z si llegan a consulta sin nada pautado. Pero si llegan con tratamiento ya pautado a consulta, los trastornos mentales tienen un tercio de posibilidades respecto a códigos Z de que se les varíe el tratamiento.

Ningún tratamiento					
	No se varia tratamiento		Se varia tratamiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	98	79,0	26	21,0	P<0,001 OR=3,926 (2,184-7,057)
<b>Trastorno mental</b>	48	49,0	50	51,0	

Con tratamiento inicial					
	No se varia tratamiento		Se varia tratamiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	54	45,4	102	69,9	P<0,001 OR=0,358 (0,216-0,594)
<b>Trastorno mental</b>	65	54,6	44	30,1	

### 3.3.2. Se añade tratamiento

En 185 pacientes si se modifica el tratamiento. En 152 casos se añade tratamiento al que ya traían, existiendo diferencia entre las dos poblaciones, los trastornos mentales tienen un riesgo mayor de entre 1,2 y 2,6 que los códigos Z de que le añadan tratamiento en su primera consulta al centro.

	Se añade tratamiento		No se añade tratamiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	61	25,0	183	75,0	p<0,003 OR=1,784(1,209-2,633)
<b>Trastorno mental</b>	91	37,3	153	62,7	

Si hacemos un análisis estratificado para ver si alguna variable modifica el efecto de esta relación encontramos que la derivación, el tratamiento con el que llegan a consulta y el GHQ si modulan el efecto de esta relación. La edad no lo hace.

<b>Odds ratio general</b>	<b>1,78</b>
<b>OR conjunta para el sexo</b>	1,75
<b>OR conjunta para el estado civil</b>	1,83
<b>OR conjunta para la educación</b>	1,74
<b>OR conjunta para la convivencia</b>	1,77
<b>OR conjunta para la situación laboral</b>	1,79
<b>OR conjunta para la derivación</b>	1,76
<b>OR conjunta para antecedentes psiquiátricos</b>	1,75

Respecto a **la derivación**, en los derivados de manera preferente no hay asociación entre ser diagnosticado código Z o ser diagnosticado como trastorno mental y el que se añada tratamiento en la primera cita, pero en los ordinarios si hay modificación del efecto, a los trastornos mentales se les añade el doble de tratamiento.

Derivación ordinaria					
	No se añade tratamiento		Se añade tratamiento		
	%	5	n	%	
Código Z	148	76,7	45	23,3	
Trastorno mental	103	61,3	65	38,7	<p><b>p=0,002</b></p> <p><b>OR=2,076(1,316-3,274)</b></p>

Derivación preferente					
	Tratamiento añadido		No se añade tratamiento		
	%	5	n	%	
Código Z	16	31,4	35	68,6	
Trastorno mental	26	34,2	50	65,8	<p><b>p=0,739</b></p> <p><b>OR=1,138(0,533-0,427)</b></p>

Si tenemos en cuenta **el tratamiento** con el que llegan a la primera consulta existe diferencia entre Z y trastornos mentales en cuanto al tratamiento que se añade tras ser vistos entre los que llegan sin ningún tratamiento del MAP. A los trastornos mentales se les añade cuatro veces más tratamiento. Entre los que traen tratamiento del MAP no existe diferencia.

Sin tratamiento de atención primaria					
	No se añade tratamiento		Se añade tratamiento		
	%	5	n	%	
Código Z	99	79,8	25	20,2	
Trastorno mental	48	49,0	50	51,0	<p><b>P&lt;0,001</b></p> <p><b>OR=4,125 (2,284-7,449)</b></p>

Con tratamiento de atención primaria					
	Tratamiento añadido		No se añade tratamiento		
	%	5	n	%	
Código Z	83	69,7	36	30,3	
Trastorno mental	105	71,9	41	28,1	<p><b>p=0,699</b></p> <p><b>OR=0,90(0,529-1,533)</b></p>

El **GHQ** también modifica la relación entre ser Código Z o trastorno mental y el que se añada tratamiento en la consulta de evaluación. En El caso de ser no caso psiquiátrico según el GHQ los trastornos mentales tienen un riesgo 4,5 veces más que los códigos Z de que se les añada tratamiento en la primera cita. En el caso de ser caso psiquiátrico según el GHQ el riesgo de que se añada tratamiento es 1,6 veces mayor para los trastornos mentales que para los códigos Z.

No caso psiquiátrico					
	No se añade tratamiento		Se añade tratamiento		<b>P=0,23</b> <b>OR=4,5 (1,138-18,461)</b>
	%	5	n	%	
<b>Código Z</b>	33	91,7	3	8,3	
<b>Trastorno mental</b>	24	70,6	10	29,4	

Caso psiquiátrico					
	Tratamiento añadido		No se añade tratamiento		<b>p=0,028</b> <b>OR=1,606(1,051-2,455)</b>
	%	5	n	%	
<b>Código Z</b>	133	71,9	52	28,1	
<b>Trastorno mental</b>	129	61,4	81	38,6	

### 3.3.3. Se suspende tratamiento

Si lo que vemos es el tratamiento suspendido (solo de los pacientes que tenían algo pautado a su llegada, es decir de 119 códigos z y de 146 trastornos mentales), a los trastornos mentales se les suspende menos, un 17,8% frente a un 40,3% a los códigos Z La posibilidad de que se suspenda el tratamiento a la llegada al centro oscila entre 0,183 y 0,561 veces más probable si eres diagnosticado como código Z en lugar de trastorno mental.

	No se suspende tratamiento		Se suspende tratamiento		<p>p&lt;0,001</p> <b>OR=0,320(0,183-0,561)</b>
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	71	59,7	48	40,3	
<b>Trastorno mental</b>	120	82,2	26	17,8	



La **derivación** es moduladora del efecto, si eres preferente es más probable que te suspendan tratamiento si eres código Z que si eres trastornos mental. Lo mismo sucede en los ordinarios, aunque con menos diferencia.

Ordinarios					
	No se suspende tratamiento		Se suspende tratamiento		
	%	5	n	%	
<b>Código Z</b>	60	67,4	29	32,6	
<b>Trastorno mental</b>	68	79,1	18	20,9	<p><b>p=0,082</b>  <b>OR=0,548(0,277-1,084)</b></p>

Preferentes					
	No se suspende tratamiento		Se suspende tratamiento		
	%	5	n	%	
<b>Código Z</b>	11	36,7	19	63,3	
<b>Trastorno mental</b>	52	86,7	8	13,3	<p><b>P&lt;0,001</b>  <b>OR=0,089(0,031-0,255)</b></p>

La **convivencia** es factor modulador para los que viven acompañados, no para los que viven solos. Se suspende más a los códigos Z que a los trastornos mentales que viven acompañados.

Viven solos					
	No se suspende tratamiento		Se suspende tratamiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	20	74,1	7	25,9	
<b>Trastorno mental</b>	26	76,5	8	23,5	<p><b>p=0,829</b>  <b>OR=0,879 (0,273-2,832)</b></p>

Viven acompañados					
	No se suspende tratamiento		Se suspende tratamiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	51	55,4	41	44,6	P<0,001 OR=0,238 (0,124-0,457)
<b>Trastorno mental</b>	94	83,9	18	16,1	

**Las expectativas** también modulan el efecto en el caso de expectativas positivas y mágicas, no en el caso de las negativas. En los que tienen expectativas positivas se suspende más el tratamiento a los códigos Z que a los trastornos mentales, pero de la misma manera que si no tenemos en cuenta las expectativas. Y de los que tienen expectativas mágicas aumenta en los trastornos mentales la tendencia a no suspender el tratamiento

Negativas					
	No se suspende tratamiento		Se suspende tratamiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	11	78,6	3	21,4	p=0,924 OR=0,917(0,152-5,531)
<b>Trastorno mental</b>	12	80,0	3	20,0	

Positivas					
	No se suspende tratamiento		Se suspende tratamiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	30	60,0	20	40,0	p<0,018 OR=0,349 (0,143-,850)
<b>Trastorno mental</b>	43	81,1	10	18,9	

Mágicas					
	No se suspende tratamiento		Se suspende tratamiento		
	n	%	n	%	
<b>Código Z</b>	17	53,1	15	46,9	P<0,001 OR=0,162 (0,050-0,520)
<b>Trastorno mental</b>	35	87,5	5	12,5	

La edad no modifica el efecto

<b>Odds ratio general</b>	<b>0,32</b>
<b>OR conjunta para el sexo</b>	0,31
<b>OR conjunta para el estado civil</b>	0,30
<b>OR conjunta para la educación</b>	0,31
<b>OR conjunta para la situación laboral</b>	0,32
<b>OR conjunta para antecedentes psiquiátricos</b>	0,29
<b>OR conjunta para el GHQ</b>	0,32
<b>OR conjunta para la indicación</b>	0,23

### 3.4. Diferencias en la necesidad de citas de seguimiento de códigos Z y trastornos mentales.

Veámos que los trastornos mentales necesitan 1,84 citas más (ente 1,2 y 2,3) que los códigos Z a los 6 meses de la evaluación, y 3,1 veces más (entre 2,2 y 4,1) a los 12 meses. Hemos hecho un análisis estratificado para ver si existe alguna variable que modifique esta relación. Esto solo sucede en el caso de la edad, del estado civil muy débilmente, en el GHQ-28 y con la indicación. El resto de las variables no modifican el efecto.

Coeficiente Z para la edad es de -1,60, con una  $p < 0,001$ . Esto significa que si eres diagnosticado de trastorno mental tienes 3,18 citas más que los código Z, y cada vez que cumples un año tienes 0,04 citas menos. En 25 años habría una cita de diferencia con los códigos Z.

Cuando valoramos **la convivencia**, aunque la p no es significativa, si se observa variación en el número de citas sobre todo de los trastornos mentales, disminuyen si están casados y aumentan si están solteros, (los solteros tienen 1,33 citas más que los casados), entre los Códigos Z no varía tanto el número de citas por el estado civil.

Citas totales a los doce meses			
	Soltero	Casado alguna Vez	Diferencia de medias
Codigo Z	2,8	3,0	0,2
Trastorno Mental	6,7	5,4	1,3

$p=0,095$

Cuando valoramos como modula **el GHQ** la relación entre el número de citas y ser diagnosticado de Código Z o de trastornos mental, vemos en los primeros no afecta el número de citas, pero en los trastornos mentales sí, los pacientes no caso reciben 2 visitas más que los caso.

Citas totales a los doce meses			
	Caso psiquiátrico	No caso psiquiátrico	Diferencia de medias
<b>Codigo z</b>	2,3	3,0	0,7
<b>Trastorno mental</b>	5,8	7,8	1,9

**p=0,046**

Respecto a **la indicación** de seguimiento aumenta mucho el número de citas que reciben trastornos mentales si quedan en seguimiento respecto a los que se van de alta, en los códigos Z hay menos diferencia de citas

Citas totales a los 12 meses			
	Alta	Seguimiento	Diferencia de medias
<b>Codigo Z</b>	1,2	4,8	3,6
<b>Trastorno Mental</b>	1,0	7,4	6,4

**p=0,03**

Si estudiamos las ausencias relativas, vemos que los códigos Z faltan más, y esto no está modulado por ninguna variable.



## **DISCUSIÓN**





## 1. Prevalencia de las consultas en el centro de salud mental.

En nuestro estudio el porcentaje de pacientes diagnosticados de trastorno mental es del 75,6% frente al 24,4% de pacientes diagnosticados de código Z. Estos pacientes reciben este diagnóstico en la primera cita de evaluación en el Centro de Salud Mental tras ser derivados por el Médico de Atención Primaria (prácticamente en todos los casos) que ya ha realizado el primer filtro.

Los estudios realizados en España son escasos y no van dirigidos a estudiar la prevalencia y comparación de estas dos poblaciones, sino a cuestiones del proceso de derivación de atención primaria a salud mental en general. García-Campayo (García-Campayo J, Sanz-Carrillo, and Jimeno Aranda A, 1993) encontró una prevalencia del 20% y García-Testal (García-Testal A, Sancho Blasco F, Julve Pardo R *et al*, 1998) halló que el 14% de los pacientes vistos en el Centro de salud mental derivados por atención primaria no presentaban patología psíquica. Los resultados de Ruiz (Ruiz FJ, Piqueras V, and Aznar JA, 1995) y Padierna (Padierna JA, Gastiain F, Díaz P *et al*, 1988) del 3,8% y del 0% respectivamente no parecen valorables, ya que tienen un sesgo muy importante y es que los médicos de cabecera conocían que se iba a hacer el estudio (Grufferman S, 1999) lo que probablemente supuso un cambio en sus hábitos de derivación (efecto Hawthorne).

Nuestra prevalencia del 24,4% de pacientes sin trastorno mental diagnosticable es más alta, por tanto, que la de estudios nacionales y la del estudio holandés (19%) (Spinoven P and Van Der Does JW, 1999), e igual o ligeramente inferior que la de los norteamericanos (19%, Windle C, Thompson JW, Goldman HH, and Naierman N, 1988), (27%, de Figueiredo JM, Boerstler H, and O'Connell L, 1991), (33%, Siddique CM and Aubry TD, 1997) que no tienen el filtro de derivación de Atención Primaria con lo cual, proporcionalmente, *nuestra cifra es la más elevada*. Este fenómeno probablemente tenga que ver con varias cuestiones, por un lado nuestro estudio es el más moderno de todos y la demanda en salud mental por este tipo de pacientes (códigos Z) parece ser un fenómeno en aumento (Rendueles G, 2006) y además es un estudio realizado de manera prospectiva, por lo que los investigadores pueden estar más sensibilizados con este tema a la hora de realizar un diagnóstico.

Solo hemos hallado un estudio realizado de manera multicéntrica que compara entre 41 centros de salud mental comunitarios de Estados Unidos (Windle C, Thompson JW, Goldman HH, and Naierman N, 1988), y encontró que existían mucha variación entre los centros. Dos de ellos no encontraban ningún código V mientras que más del 26% encontraban más de 25% de códigos Z entre sus pacientes. Para analizar la contribución de las características particulares de los centros de salud mental comunitarios en el uso de códigos Z se analizaron doce variables relativas a la estructura, organización e historia del centro, seis variables relativas a la situación del área donde se localizaba el centro y tan solo el número de horas trabajadas por el total de los profesionales se relacionaba de forma negativa con el porcentaje hallado de códigos Z. Realizan además una comparación mediante la Chi cuadrado y encuentran que la prevalencia de códigos Z es mayor en los centros ubicados en áreas no metropolitanas.

Sería conveniente la realización de estudios de prevalencia multicéntricos a nivel nacional para poder analizar si existen diferencias entre los distintos centros de salud mental. En cualquier caso parece un fenómeno cuantitativamente relevante, que nos hace pensar en la importante carga de esta población en atención especializada y la posible desviación de recursos a pacientes más graves.

En la literatura encontramos algunos estudios realizados en otros países dirigidos a evaluar la prevalencia de trastorno mental en la población general y analizan cuantos de estos pacientes reciben tratamiento en Salud Mental. En el estudio realizado en Zurich en población de 19 a 20 años (Angst J y cols, 2005) encuentran una prevalencia del 48,6% de trastornos mentales según el DSM-III-R y DSM-IV, de los que un 69,7% recibe tratamiento en Salud Mental. También señalan que un cuarto de esta muestra de población general que se trató no recibió ningún diagnóstico DSM-IV. En el estudio realizado por Kessler y colaboradores (Kessler RC y cols, 2005) encuentran que en la década que va de 1992 a 2003 no hay cambios en la prevalencia hallada de trastorno mental diagnosticable en la población general de Estados Unidos, pero si hay un aumento en la prevalencia de tratamiento, que englobaba el tratamiento recibido en Servicios de Psiquiatría, en equipos de atención primaria y otros servicios de salud mental. En este trabajo, encuentran que la mitad de los

pacientes que recibían tratamiento no cumplían criterios DSM-IV para ser diagnosticados de trastorno mental. Estos estudios no son comparables con el nuestro, porque analizan la prevalencia en población general y del tratamiento en Servicios de Salud Mental y fuera de ellos, pero apunta a una alta prevalencia de población tratada que no llega a cumplir criterios de trastorno mental.

## **2. ¿Qué características sociodemográficas tienen los códigos Z y cuáles los pacientes con trastorno mental?**

Los hallazgos de nuestro estudio en cuanto a las diferencias entre las dos poblaciones son aproximados a los de estudios anteriores en algunas de las variables sociodemográficas y diferentes en otras.

En nuestro estudio *la edad media de los dos grupos es aproximada*, siendo la media de unos 43,7 para los códigos Z y 44,4 para los trastornos mentales. En los estudios realizados con anterioridad el resultado es variable, además no comparan la edad media de las dos poblaciones, sino que estudian la diferencia por intervalos de edad o con un punto de corte. Los resultados son los siguientes: no existen diferencias significativas en el estudio de Windle (59% de códigos Z y 57% de trastornos mentales entre 18 y 34 años), los códigos Z son más jóvenes en el estudio canadiense (37% de códigos Z y 30% de trastornos mentales menores de 30 años) pero más mayores en el estudio holandés que los trastornos mentales (29% de códigos Z y 34% de trastornos mentales menores de 30 años). Si en nuestro estudio realizamos un punto de corte en la edad de 30 años, nuestros pacientes diagnosticados de código Z son más jóvenes que los trastornos mentales (28.4% de códigos Z y 25% de trastornos mentales menores de 30 años).

*En cuanto al sexo*, aunque el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres en las dos poblaciones (70% de mujeres códigos Z y 65% de trastornos mentales), *no encontramos diferencias entre los códigos Z y los trastornos mentales*, resultado que se repite en dos de los estudios realizados previamente (de Figueredo JM, Boerstler H, and O'Connell L, 1991), (Spinoven P and Van Der Does JW, 1999). En los otros dos estudios encuentran que entre los códigos Z existen más mujeres que entre los trastornos mentales ((Windle C, Thompson JW, Goldman HH, and Naierman N, 1988), (Siddique

CM and Aubry TD, 1997)), asociación que se mantiene débilmente como predictor del diagnóstico al realizar un análisis de regresión múltiple. Llama la atención que nuestro estudio tiene mayor proporción de mujeres en general que el resto de los estudios, exceptuando el estudio de Siddique que tiene una proporción muy similar a la nuestra (72% de mujeres códigos Z y 62% entre los trastornos mentales). De cualquier manera, esto refleja la tendencia ya conocida del mayor porcentaje de mujeres que de hombres que consultan por algún problema psíquico, tanto en servicios médicos generales como en el Centro de Salud Mental (Kessler RC et al, 2005), (Angst J et al, 2005).

Respecto al estado civil en nuestro estudio encontramos que existen *más casados en algún momento de su vida entre los códigos Z (62%) que entre los trastornos mentales (50%)*. Los estudios que analizan el estado civil del paciente señalan también mayor porcentaje de casados entre los códigos Z (55% en Windle y 57% en Siddique), asociación que se mantiene en la regresión múltiple, pero no podemos comparar con sus datos directamente porque no sabemos si entre los casados contemplan también la condición de haber estado casado alguna vez como les sucede a separados, viudos y divorciados. Si consideramos el fenómeno de estar casado como una prueba de mejor funcionamiento a nivel social, podemos argumentar que estos hallazgos indicarían que los códigos Z tienen mayor capacidad para emparejarse y mantener una relación sentimental que los pacientes con trastorno mental.

Para estudiar la variable convivencia de ambas poblaciones hemos realizado dos subgrupos, los que viven solos y los que viven acompañados de familia, hijos u otros, para poder entender mejor los resultados. El *porcentaje de pacientes que viven solos es mayor entre los trastornos mentales aunque la diferencia no es muy elevada y no es significativa (22,5% los trastornos mentales frente a un 20,5% los códigos Z)*. Los estudios que analizan esta variable señalan también una mayor tendencia a vivir solo entre los trastornos mentales (33% de códigos Z y 40% de trastornos mentales en el estudio holandés, y 11% de códigos Z y 13% de trastornos mentales en el estudio canadiense), y en estos casos si es significativa. Nuestro estudio parece que tiene un porcentaje de personas que viven solas intermedio a estos resultados, lo que podría tener que ver con diferencias culturales entre estos países.

Las diferencias respecto al nivel educativo en ambos grupos son similares a las de estudios previos ya que también encontramos un *nivel educativo más alto entre los códigos Z que en los trastornos mentales*. No obstante nuestro estudio no encuentra que la diferencia sea muy amplia en cuanto a estudios universitarios (39% de universitarios de códigos Z y 35,2% de trastornos mentales), como se podía ver en el estudio holandés (35% frente a 22%) y canadiense (36% frente a 29%) y se mantiene esa diferencia cuando hablamos de estudios de Graduado Escolar, Bachillerato y FP (41% de códigos Z frente a 37,6% de trastornos mentales). La diferencia es más llamativa en los resultados de analfabetismo, 9% entre los trastornos mentales y 1,6% entre los códigos Z.

La situación laboral está señalada en anteriores estudios como una variable diferenciadora de estas dos poblaciones, debido a que encontraron *mayor frecuencia de empleados entre los códigos Z*. En nuestro estudio esto se repite también, pero la diferencia no es significativa. Entre las opciones estudiadas en cuanto a situación laboral solo llama la atención el mayor número de incapacidades laborales permanentes y transitorias entre los trastornos mentales, lo que podría orientar a una mayor dificultad para mantener el rendimiento laboral a consecuencia de la enfermedad.

Por tanto se podría concluir con nuestros resultados que no existen diferencias significativas en cuanto al sexo, la edad, la convivencia y la situación laboral entre los códigos Z y los trastornos mentales, pero sí se diferencian en otros aspectos. Parece que los pacientes diagnosticados de trastorno mental están solteros en mayor proporción, tienen menor nivel educativo que los códigos Z y están de baja o tienen incapacidades laborales permanentes en más ocasiones que los códigos Z.

En alguna ocasión se ha señalado que el diagnosticar como códigos Z a personas con características sociodemográficas ventajosas (estar casado, con alto nivel educativo, estar trabajando y vivir con otros) podría tener que ver con el fenómeno de “etiquetado social”, ya que se supone que son personas con más recursos personales y más apoyo a nivel social. (Schur E, 1971). Sin embargo, en nuestro estudio encontramos que algunas características se repiten y son diferentes a las de los trastornos mentales al igual que en los otros estudios realizados con anterioridad. Aunque, hemos visto que alguna de

las diferencias entre las dos poblaciones es muy discreta, y en los estudios realizados a nivel internacional la asociación de estas variables como predictoras del diagnóstico al realizar un análisis de regresión logística es muy débil. La educación y el empleo son las variables con mayor asociación al diagnóstico en casi todos los estudios.

### **3. Diferencias en las variables cualitativas asistenciales de los pacientes con código Z y los trastornos mentales.**

Para evaluar si existe diferencia entre pacientes diagnosticados de códigos Z y trastornos mentales en la asistencia inicial hemos analizado el tipo de profesional (psicólogo o psiquiatra) y el sexo del profesional que atiende la consulta, el tipo de derivación (normal o preferente) y el lugar desde donde se deriva (equipos de atención primaria, urgencias, unidad de hospitalización breve y otros especialistas).

#### **3.1. Diferencias en el diagnóstico de psicólogos y psiquiatras.**

Los resultados iniciales de nuestro estudio parecen indicar que *no hay diferencias entre la proporción de códigos Z y de trastornos mentales que encuentran los psicólogos y los psiquiatras*. En cuanto al sexo del profesional, al faltar la categoría psicólogo-varón, los datos no pueden ser valorables.

#### **3.2. ¿Cómo son derivados los códigos Z y los trastornos mentales?**

En nuestro centro de salud se atienden demandas de carácter normal y preferente según lo indique el médico de atención primaria en una proporción de 2,5 a 1. En nuestro estudio se observa que existen diferencias significativas en cuanto a cómo son derivados los códigos Z, cuatro con carácter normal frente a un preferente, y cómo son derivados los trastornos mentales, de cada dos pacientes uno es derivado con carácter preferente, por tanto *los trastornos mentales están ocupando más huecos de preferentes*, lo cual puede ser un indicador de buen funcionamiento asistencial. Sin embargo, llama la atención que un 20% de los sujetos diagnosticados de código Z ocupa también huecos de preferentes a pesar de que se trata de pacientes que no tienen ninguna patología mental y lo que presentan son sentimientos de malestar en relación con diferentes circunstancias de la vida cotidiana.

En nuestro sistema sanitario el paciente ha de venir derivado por algún profesional y presentar algún informe de interconsulta. Hemos analizado si existen diferencias entre los trastornos mentales y los códigos Z *en cuanto a los centros de atención primaria que derivan, las urgencias, la unidad de hospitalización breve y otros especialistas, y no se han hallado diferencias significativas*. Esto puede tener que ver con que a pesar de que entre los que proceden de la unidad de hospitalización breve, urgencias y otros especialistas hay más trastornos mentales que códigos Z, la mayor parte de los pacientes proviene de Atención Primaria y no existen diferencias entre estos centros. Posiblemente, más allá de las características particulares de cada médico a la hora de derivar pueden influir las características de los pacientes a la hora de canalizar el filtro de Atención Primaria.

En la literatura no hemos hallado estudios con los que poder comparar nuestros resultados en cuanto a las características asistenciales anteriores porque no estudian estas variables. Sí que hemos visto que valoran a nivel asistencial la diferencia en cuanto a quién hace la derivación al centro de salud mental, especialmente los norteamericanos, que diferencian entre derivados por un profesional y la autoderivación que allí sí es posible, y los resultados indican que los códigos Z son en su mayoría derivados por ellos mismos (Windle, 1988), (Siddique CM and Aubry TD, 1997), (Spinoven P and Van Der Does JW, 1999).

#### **4. Las expectativas de las personas que acuden al centro de salud mental.**

Estudiamos las expectativas de las dos poblaciones para ver si existían diferencias en cuanto a cómo creían que se les podía ayudar en el centro de salud mental. Agrupamos los datos en expectativas negativas (rango de 0 a 4,5), positivas (rango de 5 a 8,5) y “mágicas” (rango de 9 a 10) para poder entender mejor los resultados. *No se han encontrado diferencias en las expectativas de las dos poblaciones*. Ambas tenían sobre todo expectativas positivas en un 50% aproximadamente, después le seguían en proporción las expectativas mágicas y por último las negativas.

Para ver si a pesar de no encontrar diferencias entre las dos poblaciones existía alguna variable que pudiese modular esta relación se realizó un estudio estratificado, analizando variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales.

Entre las variables sociodemográficas *solo se encontró un efecto modificador para la edad y el nivel educativo*. El resto, sexo, estado civil, convivencia y situación laboral no influían en las expectativas de códigos Z y trastornos mentales. En el caso de los códigos Z la mayor edad se relaciona con las expectativas mágicas sobre todo y con las negativas y los de menor edad con expectativas positivas. Es decir, cuanto más joven las expectativas son más positivas, y el aumento de edad se relaciona con expectativas más extremas, “mágicas” o negativas. Para los trastornos mentales no se da esta relación, la edad no influye en las expectativas del paciente. Por otro lado, las expectativas son diferentes en los pacientes diagnosticados de código Z respecto a los trastornos mentales en el caso de los analfabetos, puesto que los códigos Z con analfabetismo tienen más expectativas “mágicas” (67% frente al 40%) que los trastornos mentales. En el resto de las categorías del nivel educativo (nivel medio y superior) se comportan igual.

Entre las variables asistenciales y clínicas *solo se encontró que la derivación influía en las expectativas de los pacientes*, no hay diferencia en las expectativas de los pacientes con código Z o los diagnosticados de trastorno mental entre los derivados de manera normal, pero sí existen diferencias entre los preferentes. Hay más expectativas positivas y menos negativas en los pacientes con código Z derivados de manera preferente, en los trastornos mentales no sucede lo mismo, las expectativas positivas son menores que las de los códigos Z, aumentando las negativas y las mágicas, aunque las positivas siguen siendo las más frecuentes.

Parece por tanto que en los pacientes diagnosticados de código Z existe más modulación de las expectativas que el paciente trae a consulta según algunas características. Cuanto más jóvenes, con más estudios y derivados de manera rápida, los pacientes con código Z tienen más expectativas positivas en el centro de salud mental, y más expectativas mágicas cuanto mayores sean, menos estudios tengan y si son derivados con carácter normal. Este fenómeno va a condicionar probablemente la intervención que se lleve a cabo con estos pacientes, pues las expectativas que el paciente trae influirán de manera decisiva en el encuentro del profesional con el paciente.



Parece que en los pacientes diagnosticados de trastorno mental las características particulares no influyen tanto en lo que esperan del tratamiento que puedan realizar en el centro de salud mental.

En los estudios que se han realizado anteriormente sobre las consultas sin patología psiquiátrica no se recogió información sobre las expectativas de esta población y algún trabajo que se ha publicado al respecto incide más sobre peticiones de tratamiento predeterminadas (Zisook S, DeVaul R, Jaffe K *et al*, 1979) que sobre la capacidad de la institución para ayudar.

## **5. Diferencias a nivel clínico entre códigos Z y trastornos mentales.**

### **5.1. Antecedentes personales psiquiátricos de las dos poblaciones.**

Existen diferencias notables en cuanto a los antecedentes psiquiátricos de las dos poblaciones en nuestro estudio. *Los trastornos mentales tienen contactos ambulatorios (casi 40%) y hospitalarios (8%) en mayor proporción que los códigos Z (24% de contactos ambulatorios y menos del 1% de contactos hospitalarios).* En anteriores estudios esta circunstancia se repite (Windle, 1988), (Siddique CM and Aubry TD, 1997), (Spinoven P and Van Der Does JW, 1999), (de Figueredo JM, Boerstler H, and O'Connell L, 1991). Llama la atención no obstante, que tanto los códigos Z como los trastornos mentales de los otros estudios tienen más antecedentes psiquiátricos tanto ambulatorios como hospitalarios, y la diferencia entre los trastornos mentales y los códigos Z en cuanto a antecedentes psiquiátricos es mucho menor que en nuestro estudio, es decir, nuestros pacientes con código Z tienen muchos menos antecedentes psiquiátricos. Esto quizá podría explicarse por la diferencia entre sistemas sanitarios, ya que nuestros pacientes tienen que pasar el filtro de atención primaria, y esto haría que se frenasen más las demandas que provienen de pacientes que serían diagnosticados de código Z, lo que se traduciría en un menor número de contactos previos en salud mental de esta población.

### **5.2. ¿Qué diferencias se encuentran en el tratamiento con el que llegan a consulta ambas poblaciones?**

Hemos valorado también cuántos pacientes vienen ya con tratamiento farmacológico pautado, por su médico de atención primaria en la mayoría de

los casos, y de qué tipo de tratamiento se trata. Existen diferencias entre las dos poblaciones. *Los códigos Z tienen tratamiento pautado en casi el 50% de los casos*, y son las benzodiacepinas solas (25,8%) y en segundo lugar los antidepresivos con o sin benzodiacepinas añadidas (21,8%) los tratamientos que traen con mayor frecuencia. *Los pacientes diagnosticados de trastorno mental tienen tratamiento pautado en un 60%*, y son los antidepresivos con o sin benzodiacepinas añadidas y las benzodiacepinas solas las más frecuentes en una proporción similar (18%), seguidas de los tratamientos con neurolépticos con o sin benzodiacepinas y antidepresivos añadidos. Aunque la proporción entre las dos poblaciones es diferente no existe mucha diferencia en los porcentajes que alcanzan. Llama la atención que el 50% de los códigos Z traigan tratamiento pautado y que los antidepresivos sean el tratamiento en más del 20% de los casos, ya que se trata de pacientes diagnosticados de código Z, con lo que se supone que no tienen trastorno depresivo ni ninguna otra patología con indicación de tratamiento antidepresivo. Estamos asistiendo en los últimos años a un extraordinario incremento de la prescripción de antidepresivos, tanto en España (Ruiz-Doblado S, Caraballo-Camacho M, 2002), ( De las Cuevas C, Sanz EJ, De la Fuente JA, 2002), como fuera de nuestro país (Harm WJ, 2001), (McManus P, Mant A, Mitchell PB, Montgomery WS, Marley J, Auland ME, 2000), (Lawrenson RA, Tyer F, Farmer RD, 2000), (Hemels ME, Koren G, Einarson TR, 2002), (Barbui , A. Campomori, B.D'Avanzo, E, 1999), (Middleton N, 2001), (Sclar DA, RobiNson LM, Skaer TL, Galin RS, 1988), sobre todo pautados desde atención primaria (Lozano C, Ortiz A, 2004), (Ortiz A, Lozano C, 2005). Un estudio sobre la indicación de tratamiento con antidepresivos en atención primaria ha mostrado que alrededor del 50% de las prescripciones se realizan a sujetos que no cumplen los requisitos necesarios para establecer un diagnóstico psiquiátrico (Pini S, Tansella M, 1988) El problema de prescribir tratamiento antidepresivo a personas que no lo necesitan va más allá de producir una iatrogenia medicamentosa (Double D, 2002), de alguna manera se está considerando patológica una situación emocional normal, legítima, adaptativa y necesaria para afrontar los avatares de la vida, se desresponsabiliza al individuo de sus sentimientos y se fomenta la adopción de una postura pasiva ante la propia vida (Ortiz A, Tesis Doctoral, 2004). Además con este aumento tan

espectacular en la prescripción de antidepresivos se está disparando el gasto farmacéutico (Lozano C, Ortiz A, 2004), (Ortiz A, Lozano C, 2005), con la enorme repercusión que esto tiene en la financiación de los Sistemas Nacionales de Salud y el consecuente beneficio para las multinacionales farmacéuticas (Mata I, Ortiz A, 2003) que obtienen ingresos fabulosos.

Siddique y colaboradores estudiaron también cuántos pacientes tenían tratamiento al llegar a consulta, y encontraron que muy pocos códigos Z tenían tratamiento pautado en el momento de la evaluación, y si lo tenían, eran benzodiacepinas sobre todo (8%). Los antidepresivos/neurolépticos solo alcanzaban el 3%. Los trastornos mentales tenían tratamiento en mayor proporción (48%) y eran benzodiacepinas y neurolépticos/antidepresivos en un porcentaje parecido (23 y 25%). La misma diferencia encuentra Spinhoven en su estudio, solo el 13 % de códigos Z traen tratamiento farmacológico frente al 49 % de trastornos mentales. En ambos casos predomina el tratamiento con benzodiacepinas (10% para los códigos Z y 25% para los trastornos mentales). Con estos resultados podemos concluir que en nuestro estudio los pacientes llegan con más medicación pautada en el momento de la consulta sobre todo en el caso de los códigos Z, pero debemos tener en cuenta varias cuestiones. Nuestros pacientes han sido valorados por un médico en todos los casos, que en un primer momento puede hacer una prescripción farmacológica, y los estudios americanos tienen un porcentaje muy elevado de pacientes que se autoderivan, con lo cual no es tan elevada la posibilidad de que tengan un tratamiento prescrito en la primera consulta. Por otro lado, nuestro estudio es el más moderno, y como decíamos antes en los últimos años estamos asistiendo a un gran incremento en la prescripción de tratamientos antidepresivos, propiciado por la enorme popularidad que estos tratamientos han alcanzado actualmente y la propaganda realizada por la industria farmacéutica que obtiene una enorme rentabilidad con las ventas de estos productos (Moncrieff, J., 2001), (Gury, M., 2002).

### **5.3. Diferencias en las puntuaciones en el GHQ-28.**

El GHQ-28 es un instrumento de cribaje de trastornos mentales utilizado en la población general y en atención primaria. Nosotros se lo pasamos a nuestros pacientes para estudiar si las dos poblaciones puntuaban de manera diferente.

No todos los pacientes lo rellenaron, pero si un número suficientemente alto (221 códigos Z y 212 trastornos mentales) como para poder realizar la comparación. Consideramos caso psiquiátrico si puntúan más de 5, es decir, de 6 a 28. Si comparásemos la media de las dos poblaciones sí existen diferencias, los trastornos mentales puntúan 15,5 con mayor desviación estándar que los códigos Z que puntúan 13,4 de media con menor desviación estándar. No obstante, si lo que comparamos es si se trata o no de caso psiquiátrico (valorándolo por intervalos), no se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos, *ambas poblaciones puntúan como caso psiquiátrico de manera idéntica*, en un 84%. Esto podría hacernos entender cómo aunque los códigos Z no reúnan criterios de enfermedad mental, si transmiten un malestar importante que hace que el médico de atención primaria los derive a salud mental, incluso muchas veces con tratamiento psicofarmacológico pautado.

#### **5.4. Diferencias en las puntuaciones en el SCL-90-R.**

El SCL-90-R se ha utilizado para medir la gravedad sintomática y como medida multidimensional de psicopatología. *Existen diferencias significativas en todos los índices estudiados a excepción del que mide el paranoidismo* que, aunque es mayor en los trastornos mentales, no existe gran diferencia. *Los trastornos mentales también puntúan con mayor índice global de gravedad y de distrés de síntomas positivos pero tienen menos síntomas totales positivos*. Solo hemos encontrado un estudio (Spinhoven) que haya analizado la diferencia existente entre las dos poblaciones en cuanto al SCL-90. Este estudio también encuentra que existen diferencias significativas entre códigos Z y trastornos mentales, pero obtienen además una puntuación más elevada en todos los índices en sus trastornos mentales que los que obtienen los trastornos mentales de nuestro estudio. Llama la atención también que los índices de los pacientes diagnosticados de código Z en su estudio son mayores incluso que los de nuestros trastornos mentales, a excepción del índice que mide la hostilidad y el de las fobias. Sus códigos Z también tienen un índice global de gravedad mayor que nuestros trastornos mentales (Tabla III). Parece en cualquier caso que la población es más sensible a la percepción de sus síntomas tratándose de un test autoaplicado.

Si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en otras dos muestras españolas, una de población general, (De las Cuevas C, González de Rivera JL, and Henry Benítez M, 1991), y otra de pacientes nuevos que acuden a consulta psiquiátrica ambulatoria (González de Rivera JL, De las Cuevas C, Gracia Marco R, Monterrey AL, Rodríguez Pulido F, and Henry Benítez M, 2004), comprobamos que todos los índices de los códigos Z se encuentran entre las dos poblaciones, lo que indica que los códigos Z presentan más síntomas que la población general pero menos que el total de los pacientes que acuden al centro de salud mental. Esto nos indica que los códigos Z tienen más síntomas que la población general y por eso consultan, pero su intensidad clínica los sitúa fuera del grupo de los trastornos mentales. Los trastornos mentales de nuestro estudio tienen índices muy parecidos al de los pacientes del estudio de González Rivera, puntúan ligeramente por debajo en todos los índices a excepción del que mide la obsesionalidad y la ansiedad. Es bastante inferior en nuestro estudio el índice global de gravedad y el total de síntomas positivos (Tabla IV).

**Tabla III. Comparación de los índices del SCL-90-R de nuestro estudio con el estudio canadiense.**

Índices	Población Z del distrito Salamanca (n=188)		Trastornos mentales del distrito Salamanca (n=189)		Población Z del estudio de Spinhoven (n=691)		Trastornos mentales del estudio de Sinhoven (n=4236)	
	Media	Desviación estándar (SD)	Media	Desviación estándar (SD)	Media	Desviación estándar (SD)	Media	Desviación estándar (SD)
Índice global de gravedad (GSI)	1,20	0,69	1,52	0,81	1,75	0,56	1,51	0,83
Total de síntomas positivos (PST)	36,81	29,03	28,8	23,22				
Índice de distrés de síntomas positivos (PSDI)	2,13	0,67	2,45	0,68				
Somatización (SOM)	1,35	0,86	1,62	1,02	2,16	0,86	2,69	1,05
Obsesionalidad (OC)	1,43	0,86	1,78	0,97				
Hipersensibilidad (ISI)	1,13	0,88	1,39	0,97	3,49	1,28	3,81	1,47
Depresión (DEP)	1,70	0,96	2,00	0,99	3,83	1,44	4,37	1,47
Ansiedad (ANS)	1,35	0,81	1,86	0,97	2,01	0,87	2,68	1,00
Hostilidad (HOS)	1,07	0,95	1,38	1,05	1,12	0,67	1,12	0,6
Fobias (FOB)	0,60	0,72	1,12	1,04	1,0	0,56	1,51	0,83
Paranoidismo (PAR)	1,10	0,89	1,21	0,96				
Psicoticismo (PSY)	0,74	0,70	1,08	0,82	1,92	0,77	2,21	0,96
Síntomas discretos (SDI)	1,51	0,90	1,73	0,98				

**Tabla X. Comparación de los índices del SCL de nuestro estudio con los estudios a nivel nacional**

Índices	Población Z del distrito Salamanca (n=188)		Trastornos mentales del distrito Salamanca (n=189)		Población general de Tenerife con SCL-90 (n=570)		Pacientes nuevos ambulatorios de Tenerife (n=167)	
	Media	Desviación estándar (SD)	Media	Desviación estándar (SD)	Media	Desviación estándar (SD)	Media	Desviación estándar (SD)
Índice global de gravedad (GSI)	1,20	0,69	1,52	0,81	0,45	0,33	1,66	0,73
Total de síntomas positivos (PST)	36,81	29,03	28,8	23,22	-	-	59,3	16,8
Índice de distrés de síntomas positivos (PSDI)	2,13	0,67	2,45	0,68	-	-	2,44	0,64
Somatización (SOM)	1,35	0,86	1,62	1,02	0,54	0,54	1,72	0,89
Obsesionalidad (OC)	1,43	0,86	1,78	0,97	0,58	0,50	1,77	0,91
Hipersensibilidad (ISI)	1,13	0,88	1,39	0,97	0,43	0,42	1,53	0,95
Depresión (DEP)	1,70	0,96	2,00	0,99	0,70	0,54	2,02	0,86
Ansiedad (ANS)	1,35	0,81	1,86	0,97	0,49	0,51	1,84	0,93
Hostilidad (HOS)	1,07	0,95	1,38	1,05	0,43	0,51	1,40	1,02
Fobias (FOB)	0,60	0,72	1,12	1,04	0,24	0,34	1,45	1,06
Paranoidismo (PAR)	1,10	0,89	1,21	0,96	0,44	0,48	1,42	0,96
Psicoticismo (PSY)	0,74	0,70	1,08	0,82	0,21	0,29	1,26	0,83
Síntomas discretos (SDI)	1,51	0,90	1,73	0,98	-	-	-	-

### **5.5. Diferencias en la experiencia de sucesos vitales estresantes en las dos poblaciones.**

El cuestionario de sucesos vitales (CSV) recoge los acontecimientos vitales experimentados en los dos últimos años, por lo que no todos ellos tienen que estar relacionados con la consulta a salud mental. El CSV fue rellenado por 173 pacientes con códigos Z y 152 pacientes con trastornos mentales y se podían señalar hasta 65 sucesos vitales diferentes. *En las dos poblaciones encontramos que los cambios en el ritmo de sueño es lo más frecuentemente señalado*, algo comprensible teniendo en cuenta que los cambios en los ritmos biológicos son frecuentes cuando existe alguna enfermedad o malestar. *No existe gran variabilidad entre lo que señalan comúnmente los códigos Z y los trastornos mentales*, ambos subgrupos recogen la preocupación por la enfermedad de otros o de ellos mismos, el malestar por la pérdida de empleo o los problemas con los colegas o compañeros de trabajo, enamorarse o una ruptura de noviazgo entre los más frecuentes.

Existen numerosos estudios que señalan la relación entre los acontecimientos vitales y la aparición de malestar emocional, síntomas psiquiátricos aislados e incluso trastornos mentales (Jackson JI, Houston Js, 2001), (Zimmermann-Tansella Ch, Donini S, Lattanzi M *et al*, 1991), (Giron M, 1997), (Paykel ES, 1978). Nuestro estudio confirma esto, pero llama la atención que el número de sucesos vitales que señalaban trastornos mentales y códigos Z eran similares. Algunos autores también coinciden en el hallazgo de similar número de factores estresantes en ambas poblaciones y opinan que la diferencia está en el tipo de acontecimiento vital estresante (Bell M, 1977). Otros señalan mayor número de acontecimientos vitales estresantes durante los últimos seis meses en comparación con una cohorte de pacientes que no poseían ningún trastorno (Spila B, Makara M, Chuchra M, PawlowskaB, 2005). Por otra parte, no existían diferencias en el grado de estrés con el que estos sucesos vitales eran vividos en las dos poblaciones, ambas señalaban haber experimentado mucho o muchísimo estrés en la mayoría de estas circunstancias. La evaluación de los acontecimientos vitales fue considerada negativa en su mayor parte en las dos poblaciones y ambas consideraban a partes casi iguales los acontecimientos que eran esperados y los que eran



inesperados. Quizá este sea el motivo por el que los códigos Z a pesar de no reunir criterios de enfermedad mental traspasan el filtro de atención primaria y son derivados a salud mental, es posible que transmitan mayor malestar en el manejo de sus circunstancias vitales que la población general. No obstante, sí se halló diferencia entre códigos Z y trastornos mentales en la sensación de control del estrés de los acontecimientos vitales en el momento de la consulta, *los códigos Z tenían mayor proporción de estrés controlado que fuera de control en el momento de la consulta que los trastornos mentales*, en los que había poca diferencia. Quizá este podría ser un factor diferenciador y clave para establecer una frontera entre estas dos poblaciones: puede que los trastornos mentales tengan menos capacidades o habilidades de afrontamiento de las circunstancias adversas y sean por tanto más vulnerables. Existen en la literatura estudios que analizan la relación entre los recursos de afrontamiento al estrés y la existencia o no de trastorno mental (Gentil Savoia M, Bernik M, 2004), (Folkman S, Lazarus LR, 1985), (Katerndahl DA, Talamantes M, 2000). En general coinciden en señalar menos estrategias de afrontamiento o más deficitarias (entendiéndolo como el uso de más métodos de afrontamiento a corto que a largo plazo) entre los trastornos mentales. En un estudio que comparaba población sana con pacientes diagnosticados de trastorno de pánico encontraban que la diferencia entre ambas poblaciones no era el número de factores estresantes vividos en años previos, sino otras dos variables: el tipo de acontecimiento vital estresante y el uso de estrategias de afrontamiento consideradas inefectivas (escapada, evitación,...) según el Folkman and Lazarus's Ways of Coping Questionnaire que eran más frecuentes entre los trastornos mentales. Conclusiones similares se repiten en otros estudios (Cox BJ, and cols, 1992), (Vollrath M, Angst J, 1993) y (Katerndahl DA, Talamantes M, 2000).

## **6. Indicaciones tras la evaluación de estas dos poblaciones.**

### **6.1. ¿Cuántas altas damos tras evaluar al paciente?**

*Tras ser evaluados en la primera consulta los códigos Z son dados de alta en mayor proporción (más del 50%) que los trastornos mentales (21%).* En el estudio llevado a cabo por Siddique en tres centros de salud mental

comunitarios en Canadá el 37% de los códigos Z fue dado de alta y el 32% de los trastornos mentales. Spinhoven por su parte encontró que sólo el 11% de los códigos Z fueron dados de alta tras la primera consulta y un 7% de los trastornos mentales. Podemos ver que nuestras cifras respecto al alta son más elevadas que en los otros estudios sobre todo en lo que respecta a los códigos Z. La diferencia se hace más llamativa si tenemos en cuenta que en nuestro sistema no se permite la autoderivación y los pacientes vienen “filtrados” por otro profesional sanitario. Además existe una diferencia mayor entre las altas dadas a trastornos mentales y códigos Z en nuestro estudio que la que obtiene el estudio canadiense y holandés. Podríamos esperar que por ser nuestro sistema sanitario de carácter público y por soportar una importante presión asistencial se tendiera más a dar el alta a pacientes en los que no queda clara la necesidad de tratamiento psiquiátrico ambulatorio que en el sistema americano de carácter privado, pero vemos que en el estudio holandés que posee un sistema sanitario similar al nuestro, el número de altas de pacientes con código Z es mucho menor. Probablemente las características asistenciales y organizativas tanto de los sistemas de Salud como las condiciones locales en particular de cada centro explicarían las diferencias.

Hemos analizado en nuestro estudio qué variables pueden modular la diferencia encontrada entre códigos Z y trastornos mentales a la hora de continuar en tratamiento o ser dados de alta. No se ha obtenido que ninguna variable sociodemográfica, ni clínica, ni asistencial influyan a la hora de hacer una indicación terapéutica. En un principio se podría aventurar que el llegar a consulta con un tratamiento pautado, o ser visto por un tipo u otro de profesional, o ser derivado de manera urgente, o llegar con unas expectativas mágicas que sitúan al terapeuta en una situación poco propicia para trabajar con el paciente y llegar a algún acuerdo terapéutico, podrían influir en la decisión a tomar por el profesional que realiza la evaluación, pero esto no ha sido así. Se deduce entonces que es el propio diagnóstico el que influye en que el paciente realice seguimiento, más allá de sus características sociodemográficas, asistenciales o clínicas. En este sentido se podría decir que la relación probablemente esté sobrestimada, ya que la tendencia a quedarse con un paciente que diagnosticamos de trastorno mental, y dar el alta al que diagnosticamos de código Z es lo más frecuente.

En nuestro estudio se demuestra que, a diferencia de trabajos anteriores, en nuestro centro de salud mental no tratamos a la mayoría de los códigos Z. Muchos autores opinan que, como el grado de malestar, sufrimiento, discapacidad es elevado, a veces casi tanto como en los trastornos mentales, estas personas merecen recibir tratamiento (Magruder KM and Calderone GE, 2000) (McNab F, 2003) (de Figueiredo JM, Boerstler H, and O'Connell L, 1991) (Windle C, Thompson JW, Goldman HH, and Naierman N, 1988) (Siddique CM and Aubry TD, 1997; Siddique CM, Aubry TD, and Mulhall D, 1996) (Spinhoven P and Van Der Does JW, 1999). Un factor que puede influir en reivindicar el tratamiento para estas personas es el tipo de aseguramiento. En un sistema con aseguramiento privado, los médicos y pacientes tienen que justificar ante los "terceros pagadores" la necesidad del tratamiento y puede existir una disputa de fondo entre los que quieren aumentar las prestaciones sanitarias y los que sólo quieren cubrir las más rentables. En un sistema sanitario universal y gratuito no se dan estas circunstancias y la necesidad de tratamiento se puede enfocar más desde el aspecto puramente clínico.

Entonces la pregunta clave que tenemos que hacernos es: ¿hay que tratar en un centro de salud mental a personas que no se les diagnostica de ningún trastorno mental pero que presentan malestar psíquico en relación con acontecimientos vitales estresantes de la vida cotidiana? Para poder responderla hay que valorar si hay intervenciones para estos sujetos que sean eficaces (y distinguirlas de aquellos casos en que evolucionan naturalmente hacia la remisión espontánea, como en el caso de los duelos no complicados o en aquellas situaciones en que la problemática subyacente social o laboral se soluciona), si son efectivas, eficientes y, por supuesto si no comportan una iatrogenia que empañe sus beneficios.

## **6.2. ¿Quién realiza el seguimiento de los códigos Z y los trastornos mentales?**

En nuestro estudio, los pacientes con código Z que continúan en seguimiento realizan sobre todo una psicoterapia individual con el psicólogo, mientras que los trastornos mentales realizan seguimiento psiquiátrico en su mayoría (63,5%) y sólo el 15% es seguido para psicoterapia individual. En el

estudio de Siddique más del 90% de los códigos Z que recibieron tratamiento lo hicieron por profesionales no médicos, mientras que en los trastornos mentales un 60% fue seguido por psiquiatras y el resto por profesionales no médicos. Parece que sus resultados en este aspecto coinciden con los nuestros, pero no hay que olvidar que todo esto tiene mucho que ver con la composición de los equipos y el perfil del profesional que ve al paciente.

### **6.3. ¿Cómo es el tratamiento farmacológico de nuestros pacientes?**

*El tipo de intervención que se realizó a nivel farmacológico después de evaluar al paciente difiere entre los códigos Z y los trastornos mentales.* Hemos analizado la intervención farmacológica en dos niveles, en primer lugar se ha estudiado específicamente qué *tipo de medicación* se añade o se suspende a cada una de las dos poblaciones, y en segundo lugar se ha analizado el *tipo de intervención*, si no se modifica el tratamiento, si se añade o se suspende, independientemente de qué medicación se trate.

#### **6.3.1. Variación cualitativa del tratamiento farmacológico.**

*A los códigos Z se les suspende sobre todo los antidepresivos (11%) y las benzodiacepinas (8%), y se les quita los neurolépticos en todos los casos, mientras que a los trastornos mentales se les quita menos los antidepresivos (4%), las benzodiacepinas (4%), y también se les quita los neurolépticos y alguna otra medicación como pueden ser anticonvulsivantes en un 2,44%. A los códigos Z se les añade benzodiacepinas en un 20% y antidepresivos en un 3,7%, mientras que a los trastornos mentales se les añade antidepresivos en el 22,5%, un 10% de benzodiacepinas, y al 4,5% de los pacientes se añade un neuroléptico.* Estos resultados son compatibles con que los códigos Z sean personas sin patología mental y por tanto no precisan tratamiento farmacológico salvo benzodiacepinas como apoyo a situaciones estresantes que puedan estar viviendo, y los trastornos mentales por su parte tienen menos tratamiento suspendido y más añadido por tratarse de verdaderos pacientes con enfermedad mental.

No hemos encontrado estudios que valoren el tipo de intervención farmacológica que se realiza en la fase de evaluación del paciente para saber

si este tipo de actuación varía según el sistema sanitario o los recursos asistenciales disponibles, o si tiene más que ver con la formación que han recibido los profesionales o la organización interna de cada centro de salud mental. Tan solo en el estudio de Spinhoven reflejan más uso de psicofármacos entre los trastornos mentales a lo largo del tratamiento, pero no especifican cuáles.

### **6.3.2. En cuanto a la intervención farmacológica general**

a) Lo primero que hemos estudiado es si existe diferencia entre las dos poblaciones en el caso en el que *no se modifica el tratamiento que traen*, es decir ni se añade ni se suspende. Incluye los pacientes que llegan sin tratamiento y quedan sin él tras la evaluación en el Centro de Salud Mental, y a los que llegan con algún tratamiento pautado y se mantiene idéntico tras esa evaluación. *Al 62,7% de los códigos Z y al 61,5% de los trastornos mentales no se les modifica el tratamiento*, por tanto no hay diferencias a este nivel entre las dos poblaciones.

Hemos analizado si existe alguna variable que pueda modular este hallazgo, y hemos visto que *la convivencia, la derivación y el tratamiento inicial* con el que paciente llega a consulta sí influye en la actitud de no modificar el tratamiento según sean diagnosticados de código Z o de trastorno mental. En el caso de la convivencia se ha observado que se les modifica menos el tratamiento a los códigos Z que a los trastornos mentales que viven solos (68% códigos Z frente a 49% de trastornos mentales que no se les modifica el tratamiento). El riesgo de que se modifique el tratamiento a los trastornos mentales que viven solos es 2,2 veces más que a los códigos Z que viven solos. Veremos después si la intervención que se realiza en una u otra población es más del tipo de añadir algún fármaco o de suspenderlo. En cuanto a *la derivación*, aunque en un principio los hallazgos no son significativos, sí hemos visto diferencia entre las odds ratio de normales y preferentes. Entre las derivaciones normales se modifica más el tratamiento a los trastornos mentales, 1,3 veces más que a los códigos Z, y entre los preferentes se modifica menos el tratamiento a los trastornos mentales, la mitad de veces que a códigos Z. En cuanto al *tratamiento con el que llegan a consulta* existen

diferencias entre los códigos Z y trastornos mentales. A los trastornos mentales se les añade tratamiento casi 4 veces más que a los códigos Z si llegan a consulta sin nada pautado. Pero si llegan con tratamiento ya pautado a consulta, los trastornos mentales tienen un tercio de posibilidades respecto a códigos Z de que se les varíe el tratamiento.

b) Estudiamos si existe diferencia entre las dos poblaciones en cuanto a *añadirse tratamiento tras la evaluación en la primera consulta* y encontramos que en 152 pacientes se añade tratamiento. *Los trastornos mentales tienen un riesgo mayor, entre 1,2 y 2,6, que los códigos Z de que se les añada tratamiento.* Si hacemos un análisis estratificado para ver si alguna variable modifica el efecto de esta relación encontramos que el sexo no tiene un efecto modificador ni parece ser factor de confusión. Aunque en las mujeres si parece que la odds ratio es significativa y si parece que sea modificadora del efecto, la odds ratio de la mujer es muy parecida a la del hombre, por lo que no podemos decir que no se deba al azar esa modificación del efecto. Probablemente esto haya que atribuirlo al tamaño muestral, hay menos hombres que mujeres, y no darle un valor clínico. Las variables que sí modifican esta relación son la derivación, el GHQ-28 y el tratamiento con el que llegan a la primera consulta. Respecto a la *derivación*, en los derivados de manera preferente no hay asociación entre ser diagnosticado código Z o ser diagnosticado como trastorno mental y el que se añada tratamiento en la primera cita, pero en los normales sí hay modificación del efecto, a los trastornos mentales se les añade el doble de tratamiento. Si tenemos en cuenta el *tratamiento con el que llegan a la primera consulta* existe diferencia entre Z y trastornos mentales en cuanto al tratamiento que se añade tras ser vistos entre los que llegan sin ningún tratamiento del MAP. A los trastornos mentales se les añade cuatro veces más tratamiento. Entre los que traen tratamiento del MAP no existe diferencia. El *GHQ-28* también modifica la relación entre ser código Z o trastorno mental y el que se añada tratamiento en la consulta de evaluación. En el caso de puntuar como no caso psiquiátrico según el GHQ-28 los trastornos mentales tienen un riesgo 4,5 veces más que los códigos Z de que se les añada tratamiento en la primera cita. En el caso de ser caso psiquiátrico según el GHQ-28, el riesgo de que se añada tratamiento es 1,6 veces mayor para los trastornos mentales que

para los códigos Z. Es decir, lo que prevalece es que se trate de un trastorno mental a la hora de añadir tratamiento, independientemente de que puntúe o no como caso en el GHQ-28.

c) Si lo que vemos es el tratamiento suspendido (solo de los pacientes que tenían algo pautado a su llegada, es decir de 119 códigos Z y de 146 trastornos mentales), a los *trastornos mentales se les suspende menos, un 17,8% frente a un 40,3% a los códigos Z*. La posibilidad de que se suspenda el tratamiento a la llegada al centro oscila entre 0,183 y 0,561 veces más probable si se hace un diagnóstico de código Z en lugar de trastorno mental. La *derivación* es moduladora del efecto, en los pacientes derivados como preferente es más probable que se suspenda tratamiento si se trata de un código Z que si es un trastorno mental. Lo mismo sucede en las derivaciones normales, aunque con menos diferencia. La *convivencia* es factor modulador para los que viven acompañados, no para los que viven solos. Se suspende más a los códigos Z que a los trastornos mentales que viven acompañados.

Como vemos, la convivencia, la derivación y el tratamiento con el que el paciente llega a consulta parecen influir en lo que hacemos con el tratamiento en esa primera cita. Hemos visto que en un principio hay un porcentaje bastante similar entre códigos Z y trastornos mentales a los que se les deja con igual tratamiento tras la primera consulta de evaluación, pero entre los que se modifica el tratamiento podemos ver importantes diferencias entre las dos poblaciones, a los trastornos mentales se les añade más tratamiento, sobre todo si habían llegado sin ello a consulta, si viven solos, y en el caso de ser derivados como normales. Parece que la intervención en el tratamiento está ofertada como un apoyo al paciente que carece de otra contención al vivir solo en el caso de tratarse de un enfermo mental, y en los pacientes derivados de manera normal esta actitud se intensifica quizá porque al ser derivado de esta forma el malestar o sufrimiento sea mayor por el tiempo de evolución. A los códigos Z por su parte se les suspende más el tratamiento, sobre todo si han sido derivados de manera preferente y si viven acompañados. Se deduce por tanto una actitud compatible con el desacuerdo de tratar farmacológicamente a pacientes diagnosticados de código Z, más si tienen otras herramientas de

apoyo como es el convivir con otras personas, y más si son derivados de forma preferente.

## **7. Aspectos clínicos en la evolución de los códigos Z y los trastornos mentales.**

Para poder comparar si existen diferencias en la evolución clínica de los códigos Z y los trastornos mentales hemos estudiado qué tratamiento tienen pautado a los 12 meses y cuál ha sido la resolución a los 6 y 12 meses de la primera cita de evaluación.

### **7.1. ¿Cómo es el tratamiento a los doce meses de estas dos poblaciones?**

La información que tenemos respecto al tratamiento a los 12 meses no es completa, tenemos datos de 146 códigos Z y 88 pacientes diagnosticados de trastorno mental, y la razón varía según se trate de una u otra población. En el caso de los códigos Z se intentó hacer la reevaluación de los pacientes que no estaban en seguimiento mediante una entrevista de control en el centro de salud mental o por entrevista telefónica, los que se negaron a dar esta información o no pudieron ser localizados no aportan estos datos. En el caso de los trastornos mentales la información se ha obtenido de los registros del centro de salud mental de los pacientes que continúan en seguimiento. Como veremos después hay una alta tasa de abandono en las dos poblaciones lo que hace que se reduzca más la información.

*El 59,3% de los códigos Z que son evaluados a los 12 meses no están tomando psicofármacos, el resto tiene sobre todo benzodiacepinas solas (25%) o antidepresivos (13,8%). De los trastornos mentales el 26,4% están sin tratamiento a los 12 meses, y entre los fármacos que más tienen prescrito están los antidepresivos que alcanzan un 37,8%, los neurolépticos un 21,84% y las benzodiacepinas en último lugar con un 11,5%. Por tanto vemos que la evolución farmacológica difiere de manera importante, a los códigos Z que inicialmente no tenían prescrito tratamiento (50,8%) se añade otro porcentaje muy importante a los que se les suspende después, con lo cual a los 12 meses solo el 24,5% de los evaluados tienen algún fármaco pautado y sobre todo se trata de benzodiacepinas. Los trastornos mentales por su parte precisan más*



medicación y el tipo de fármacos mayoritario son los antidepresivos y neurolépticos, psicofármacos utilizados en enfermedades mentales consideradas más graves y con un perfil de efectos secundarios menos deseable. Desconocemos si el porcentaje de pacientes que no ha podido ser evaluado continúa en tratamiento por su cuenta o por el médico de cabecera.

En el estudio de Spinhoven señalan que en el momento del alta 9% de pacientes con código Z están con tratamiento y 28% de los trastornos mentales. En nuestro estudio al menos 23 % de los Z y 26% de los trastornos mentales están con tratamiento farmacológico a los 12 meses. Estos datos no se pueden comparar, ya que ellos recogen el tratamiento en el momento del alta y no de todos los pacientes y nosotros a los 12 meses y tampoco del total de los pacientes.

Llama la atención en nuestro estudio que el porcentaje de pacientes que sigue con tratamiento a los 12 meses es bastante similar para códigos Z y para trastornos mentales, pero ya vimos que se pudo evaluar un porcentaje pequeño de pacientes (60% de códigos Z y 36% de trastornos mentales) y desconocemos si los pacientes no evaluados están sin tratamiento.

## **7.2. ¿Cuántos pacientes siguen en tratamiento con nosotros a lo largo de un año?**

La resolución a los 6 meses varía de una población a otra. *El 40,6% de los trastornos mentales están en seguimiento y un 10,2% de los diagnosticados de código Z.* Entre los trastornos mentales no realizan seguimiento porque son dados de alta el 41.4% y abandonan el 18%. Entre los códigos Z los pacientes no realizan seguimiento porque son dados de alta el 66%, y casi una cuarta parte abandonan el tratamiento (23,8%). Cuando evaluamos los pacientes a los 12 meses, *los pacientes que realizan seguimiento disminuyen, un 27,5% de trastornos mentales continúan en tratamiento en salud mental y un 8,6% de los diagnosticados de código Z.* En los trastornos mentales el seguimiento disminuye porque aumentan los abandonos (26,2%) y las altas (46,3%), entre los códigos Z disminuye el seguimiento sobre todo por los abandonos (27%), ya que la proporción de pacientes dados de alta disminuye (64,3%). Este fenómeno tiene que ver con que algunos códigos Z dados de alta en el primer trimestre solicitaron cita de nuevo, de ahí que en el cómputo general se

obtengan menos altas. Como vimos en el momento inicial (momento en el que el paciente es evaluado) el alta tenía una proporción de 2,5 códigos Z por cada trastorno mental, y vemos ahora que esta proporción disminuye a los 12 meses siendo entonces de 1,4 códigos Z dados de alta por cada trastorno mental. Parece según estos datos que los códigos Z son más dados de alta en un principio, y los que quedan en seguimiento tienden a abandonarlo después. Esto tendría que hacernos pensar si está siendo adecuada la duración del tratamiento o por el contrario merecería la pena acortarlo en beneficio de los propios códigos Z y de los trastornos mentales a los que se les podría dedicar más tiempo. Por su parte los trastornos mentales tienen una tasa de abandonos menor que los códigos Z en el primer semestre, pero crece y se iguala a ellos en el segundo semestre. Podría pensarse que la propia patología influya en la percepción de la necesidad de tratamiento, o por otro lado habría que replantearse si se está dando una atención ajustada a las demandas iniciales del paciente. De cualquier manera, es llamativa la alta tasa de abandonos en ambas poblaciones, con lo que conlleva en cuanto a tiempo de trabajo del profesional perdido por las ausencias a las citas de seguimiento además de la posible insatisfacción del paciente que no siente cubiertas sus necesidades. Sería necesario replantearse cómo distribuimos nuestro tiempo y nuestros recursos, y si trabajamos en consonancia con la demanda y expectativa del paciente.

Siddique estudia cuántos pacientes siguen en tratamiento a los 12 meses también, y encuentra que 15% de los códigos Z y 23% de los trastornos mentales aún realizan seguimiento. Ellos tienen más pacientes diagnosticados de código Z en seguimiento pero una cifra bastante similar a la nuestra de trastornos mentales. Veíamos que inicialmente daban bastantes menos altas también a los códigos Z (37%) pero más altas que nosotros a los trastornos mentales (32%). En el estudio de Spinhoven se hace referencia a la tasa de abandonos, pero no encuentran que exista diferencia entre códigos Z y trastornos mentales. La tasa de abandonos es de un 13% para ambos. Este dato, junto con la baja tasa que tenían de altas tras la valoración (11% para los códigos Z y 7% para los trastornos mentales) nos indica que los pacientes del estudio holandés realizan y completan tratamiento en su mayoría. Parece que nuestra actitud asistencial discrimina más las dos poblaciones que los estudios

anteriores, ya que existen diferencias en las altas tras la primera cita, en el porcentaje de seguimientos y en el de abandonos en el primer semestre. Estas diferencias se reducen en los otros estudios, por lo que se deduce que la actitud asistencial a las dos poblaciones es parecida.

Hemos querido analizar en nuestro estudio cuál es la tasa de abandono de los pacientes que quedan en seguimiento tras la primera evaluación en el centro de salud mental. Entre los códigos Z solo 113 de los 244 iniciales quedan en seguimiento, y de estos el 24,8% (29 pacientes) abandonan tras la primera cita. Entre los trastornos mentales 199 quedan en seguimiento de la muestra inicial de 244, y de estos el 12,9% (40 pacientes) abandonan tras la primera cita. Por tanto, aunque el número de trastornos mentales que abandonan es mayor, la proporción de pacientes que abandonan respecto a los que quedan en seguimiento es mayor para los códigos Z, la probabilidad de abandonar tras la primera consulta de evaluación en el centro es casi 5 veces más para un paciente diagnosticado de código Z que para los trastornos mentales, OR = 0,183 (0.088-0.384).

Si revisamos la literatura no encontramos más estudios que analicen la diferencia entre estas dos poblaciones respecto a la tasa de abandonos tras la primera visita y los datos se refieren a la población general que consulta en salud mental. Los resultados son variables y con un rango de diferencia bastante amplio. Baekeland y Lundwall establecen un rango de abandono entre 20-57% tras la primera visita y entre 31-56% no acudían a más de cuatro citas, el rango del número de citas oscilaba entre 3 y 13 consultas. Chen (Chen A, 1991) encuentra entre 9-40% de abandono tras la primera visita, y Lavik en Noruega hace referencia a un 22%. En Estados Unidos Swett describe un abandono del 30% a la primera visita y solo el 57% acude a cuatro consultas. Algunos autores han mencionado que solo 83% terminan el tratamiento planteado inicialmente (Hunt y Andrews, 1992), mientras que en Verona se llevó a cabo un estudio que recogía los contactos en salud mental a lo largo de 10 años, y vieron que el 41% de pacientes acudían sólo a una cita y no volvían a consulta.

Morlino (Morlino M. 1995) y colaboradores realizan un estudio prospectivo de un año de duración en una clínica de Italia, en la cual los pacientes pueden consultar por su cuenta, y evalúan qué variables a nivel

sociodemográfico y clínico tienen que ver con el interrupción en fases iniciales del tratamiento (evaluaban también variables como las expectativas del paciente, la escala de impresión global clínica- CGI, o por quién era derivado a la consulta). Encontraron que el 63% no acudió tras la primera visita, y esta tasa de abandono se elevaba al 82% a los 3 meses. Solo la percepción del paciente de su trastorno mental medido a través del CGI y la historia psiquiátrica previa se relacionaba con este abandono. Seguían en tratamiento los pacientes que estaban de acuerdo con su terapeuta en cuanto a la gravedad su trastorno y los que tenían antecedentes psiquiátricos. Morlino no encuentra que el tipo de tratamiento afecte a las tasas de abandono, y mencionan otro estudio que valoraba 149 pacientes nuevos en una clínica para realizar psicoterapia y veían que el tiempo limitado de tratamiento reducía las tasas de abandono. Lo mismo reportaban Hunt y Andrews (Hunt C, Andrews G, 1992).

Chen (Chen A, 1991) encuentra algunas variables relacionadas como el abandono, el bajo nivel socioeconómico, el ser joven, el abuso de sustancias, la lejanía a la clínica, el cambio de terapia y el abandono previo a otros tratamientos farmacológicos.

Tehrani (Tehrani E, 1996) y colaboradores examinan qué variables están asociadas con el abandono, cuáles son las razones que los pacientes argumentan y cuál es la satisfacción respecto al tratamiento en una cohorte de pacientes que consultan a lo largo de un año. Encuentran que el abandono está relacionado con el vivir solo, estar desempleado, el ser joven y cambios en el tratamiento demandado por el paciente en contra de la orientación de su terapeuta. La razón argumentada por los pacientes en cuanto al abandono era la insatisfacción respecto el cuidado y la necesidad de tratamiento. De todas formas señalan también que no siempre el abandono está relacionad con la insatisfacción, el 30% de los que abandonaban estaban satisfechos. Concluyen además que los resultados de los estudios no son constantes, que algunos coinciden en la edad y el desempleo como predictores (Mohlner y Pinchoff, 1993), (Kline y King, 1973) y otros no lo hacen y que la metodología y el concepto de abandono es diferente en unos y otros estudios.

## **8. Aspectos asistenciales en la evolución de los códigos Z y los trastornos mentales.**

Hemos evaluado los recursos empleados por los pacientes mediante el número de citas y ausencias relativas respecto al total a los 6 y a los 12 meses.

Existe diferencia entre las dos poblaciones en el número total de citas. Los trastornos mentales tienen 1.84 citas más (entre 1,2 y 2,3) que los códigos Z a los 6 meses de la evaluación, con una media de citas de 2,32 para los códigos Z y 4.16 para los trastornos mentales, y una diferencia de 3,1 veces más (entre 2,2 y 4,1) para los trastornos mentales que los códigos Z a los 12 meses, con una media de citas de 2,97 para códigos Z y 6,11 para los trastornos mentales.

Esta diferencia se ve *modulada por la edad, y el estado civil*. En los trastornos mentales disminuyen el número de citas cuanto mayor sea el paciente en comparación con los códigos Z, es decir, cada 25 años más, la diferencia con las citas que recibe un paciente diagnosticado de código Z disminuye en una cita. Por otro lado el número de citas también se afecta por el estado civil, de manera que en los casados tienden a disminuir las citas y a aumentar en los solteros. No sucede lo mismo para los códigos Z. Esto nos hace pensar que en los trastornos mentales si hay ciertas características que influyen en el seguimiento de los pacientes, considerando que el tratamiento debe ser más intensivo si la persona es más joven, quizá para intentar que el trastorno tenga la menor repercusión posible, y en personas que carecen de contención o apoyo de una pareja. El GHQ-28 influye aparentemente de una manera poco lógica ya que el número de citas aumenta si el paciente con trastorno mental puntúa como no caso. No sabemos si esto se podría traducir como la existencia de la falta de conciencia del paciente de poseer un trastorno, con la consiguiente intensificación del tratamiento por el profesional para mejorar la conciencia de enfermedad y de necesidad de tratamiento.

Si comparamos nuestro estudio con los realizados con anterioridad podemos ver que difiere del estudio canadiense que no encuentra diferencia entre las dos poblaciones (veíamos también que inicialmente daban menos altas a los códigos Z y más a los trastornos mentales), y coincide con el estudio de Spinhoven y Figueiredo en encontrar diferencias entre códigos Z y trastornos mentales pero con algunas matizaciones.

En el estudio canadiense establecen un punto de corte de 6 visitas y hallaron que el 24 % de los códigos Z y el 36% de los trastornos mentales recibían más de 6 visitas. Por otro lado calculaban el tiempo por visita, y en este caso el 53% de los códigos Z y el 30% de los trastornos mentales tenían un tiempo de visita mayor de 60 minutos. Con estos datos establecen una variable con el tiempo total del profesional dedicado a cada una de las dos poblaciones, y encuentran que el 27% de los códigos Z y el 31% de los trastornos mentales reciben más de 300 minutos de atención en consulta. La conclusión final es que a pesar de existir diferencia significativa entre las dos poblaciones para cada una de las variables estudiadas, el número de visitas y el tiempo total del profesional no resultan predictores del diagnóstico, es decir, el consumo de recursos es similar para los dos grupos. En nuestro estudio el 11,1% de los códigos Z y el 34,4% de los trastornos mentales reciben más de 6 visitas, es decir, damos menos citas a los códigos Z y un número similar a los trastornos mentales, por lo que podemos decir que nuestro estudio sí encuentra diferencia entre ambos grupos, aunque en nuestro caso no se ha podido medir el tiempo total dedicado a cada paciente, por lo que los datos no son del todo comparables.

En el estudio holandés realizan también un punto de corte en 6 visitas y encuentran que el 46% de los códigos Z y el 56% de los trastornos mentales reciben más de 6 visitas en su tratamiento. Realizan un análisis de regresión de Cox, y concluyen que el número de citas es buen predictor del diagnóstico ya que existen diferencias entre códigos Z y trastornos mentales. El número medio de visitas para los códigos Z es de 5, y para los trastornos mentales de 7, con un intervalo de confianza del 95%. Como vemos, el número medio de visitas es mayor que en nuestro estudio, sobre todo para los códigos Z aunque la diferencia entre ambas poblaciones es menor que en nuestro estudio. Desconocemos si esta media de visitas es para el total del tratamiento, hasta el alta o abandono, o a lo largo de un año. En este estudio veíamos que ya inicialmente daban menos altas tras la evaluación de los códigos Z que en nuestro trabajo, y tenían una tasa menor de abandonos en general durante el tratamiento. Entre sus variables de uso de servicios plantean que el 36% de los códigos Z recibe terapia de pareja o de familia, esta podría ser una de las posibles razones para que esta población sea dada menos de alta, ya que

tienen una atención específica para buena parte de la problemática de los códigos Z y esto contribuiría a que en su tratamiento tengan un número mayor de citas.

En el estudio de Figueiredo el número medio de visitas del total de los pacientes a lo largo de 2 años es de 10, por eso lo sitúan como punto de corte, y a partir de ahí establecen como grandes usuarios a los que tienen más de 10 visitas y poco frecuentadores a los de menos de 10. En su estudio encuentran diferencias entre pacientes diagnosticados de problemas familiares, con una media de visitas de 8,3, y pacientes diagnosticados de trastorno mental con o sin problemas familiares con unas medias de visitas de 25,6 y 27,5 respectivamente. Nuestro estudio coincide en encontrar diferencias en ambas poblaciones, pero el número medio de citas en este caso es mayor para ambas poblaciones y sobre todo para los diagnosticados de trastorno mental. Desconocemos si esta diferencia tiene que ver con la organización y estructura del centro sanitario o la forma de trabajar los profesionales (diferencias en la distribución del tiempo de visita, terapias de grupo, etc.)

Por tanto podemos concluir que nuestro estudio es intermedio en cuanto a cómo distribuimos el tiempo dedicado para cada población, nos distanciamos del estudio canadiense que no encuentra ninguna diferencia, y encontramos más diferencia que en el estudio de Spinhoven pero menos que Figueiredo, aunque este último obtiene la media a lo largo de dos años.

Respecto las ausencias relativas de los pacientes existe diferencia entre los trastornos mentales y los códigos Z, los trastornos mentales faltan una cita de cada 5 y los códigos Z a 1 cita de cada 2,5. Parece que los trastornos mentales tienden a acudir más a las citas de seguimiento establecidas por el profesional que le atiende, quizá en parte porque su trastorno provoque un sufrimiento o disfunción que le lleven a hacerlo y los pacientes diagnosticados de códigos Z tienden a faltar más a las consultas, quizá por la mejoría de su malestar en poco tiempo. Esto junto a la alta tasa de abandonos de los códigos Z en el segundo semestre nos llevaría a plantearnos nuevamente la necesidad de ajustar la duración del tratamiento en esta población.

## **9. Limitaciones y sesgos del estudio**

Este estudio se ha realizado en un solo centro de salud mental a lo largo de un año entero con una muestra completa y consecutiva lo que le proporciona gran validez interna, pero limita su generalización a otros servicios que tengan un tipo de población distinta y unos centros de atención primaria y profesionales de salud mental de otras características. Sería deseable que se realizaran estudios multicéntricos que eliminaran este sesgo poder comparar los resultados con el nuestro.

El diseño es prospectivo, lo que ha permitido considerar previamente la información que queríamos recoger y aumentar la fiabilidad de los diagnósticos entre los profesionales. El posible sesgo se deriva del efecto Hawthorne, ya que el propio estudio puede haber modificado nuestras actuaciones clínicas.

## **10. Futuras líneas de investigación**

Sería conveniente replicar este mismo estudio en otros centros de salud mental para comparar los resultados, conocer mejor el impacto asistencial de la atención a estas dos poblaciones y si su discriminación más nítida permite un mejor aprovechamiento de los recursos. Para ello también es importante conocer la evolución clínica de los códigos Z y saber de qué tipo de intervenciones se benefician para ajustar la oferta asistencial sin que vaya en detrimento de la atención de los trastornos mentales, en especial los más graves.



## **CONCLUSIONES**



1. Sociodemográficamente no existen diferencias significativas en cuanto al sexo, la edad, la convivencia y la situación laboral entre los códigos Z y los trastornos mentales, pero si en cuanto que los pacientes diagnosticados de trastorno mental están solteros en mayor proporción, tienen menor nivel educativo que los códigos Z y están de baja o tienen incapacidades laborales permanentes en más ocasiones que los códigos Z.

2. A nivel asistencial no hay diferencias entre la proporción de códigos Z y de trastornos mentales que encuentran los psicólogos y los psiquiatras. Por cada derivación preferente hay cuatro derivaciones normales para los códigos Z y dos para los trastornos mentales. No se han encontrado diferencias en las expectativas de las dos poblaciones.

3. A nivel clínico los trastornos mentales tienen contactos ambulatorios y hospitalarios en mayor proporción que los códigos Z. Los pacientes diagnosticados de trastorno mental llegan con tratamiento pautado en un 60%, antidepresivos con y sin benzodiacepinas y benzodiacepinas solas a partes iguales. Los códigos Z llegan con tratamiento pautado en casi el 50% de los casos, con mayor frecuencia las benzodiacepinas solas y los antidepresivos en segundo lugar. En nuestro estudio los pacientes tienen más medicación pautada en el momento de la consulta, sobre todo en el caso de los códigos Z, que en los estudios internacionales.

4. En los resultados obtenidos en el GHQ-28 con un punto de corte 5/6 no hay diferencias entre ambas poblaciones, pero en las puntuaciones obtenidas en el SCL-90R sí existen diferencias significativas en todos los índices estudiados a excepción del que mide el paranoidismo. Los trastornos mentales también puntúan con mayor índice global de gravedad y de distrés de síntomas positivos pero tienen menos síntomas totales positivos. No hay diferencias entre los sucesos vitales estresantes en los últimos dos años que señalan los códigos Z y los trastornos mentales, tanto cuantitativa como cualitativamente, ni diferencias en el grado de estrés con el que estos sucesos vitales eran vividos en las dos poblaciones, ni en la evaluación ni esperabilidad

de los acontecimientos. La única diferencia en este aspecto es que los códigos Z tenían la sensación de tener controlado el estrés en el momento de la consulta en mayor proporción que los trastornos mentales.

**5.** Respecto a la indicación clínica, tras ser evaluados los códigos Z son más dados de alta (más del 50%) que los trastornos mentales (21%). Respecto a la intervención que se realizó a nivel farmacológico después de evaluar al paciente se tiende a suspender el tratamiento a los códigos Z y a añadirse más a los trastornos mentales.

**6.** En cuanto a la evolución clínica de los pacientes que pudieron ser evaluados, a los 12 meses los códigos Z están tomando psicofármacos en menor proporción (40,7%) que los trastornos mentales (73,6).

**7.** La evolución asistencial es diferente, los códigos Z son más dados de alta en un principio y los que quedan en seguimiento tienden a abandonarlo después. Los trastornos mentales permanecen más en seguimiento pero tienen también una tasa de abandonos alta. De cualquier manera, la probabilidad de abandonar tras la primera consulta de evaluación en el centro es casi 5 veces más para un paciente diagnosticado de código Z que para los trastornos mentales.

**8.** Los trastornos mentales tienen 1,8 citas más que los códigos Z a los 6 meses de la evaluación y 3 veces más a los 12 meses. Los códigos Z faltan el doble que los trastornos mentales a las citas de seguimiento.

## **BIBLIOGRAFIA**



1. **American Psychiatric Association (1995)** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
2. **Ander Retolaza (2004)** ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. Norte de salud mental, 19, 49-57.
3. **Angst J, Gamma A, Neuenschawander M, Ajdacic-Gross V, Eich D, Rossler W, Merikangas KR (2005)** Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. Epidemiología e Psichiatria Sociale, 14, 2, 68-75.
4. **Baca E (2000)** El problema de los hechos en psiquiatría. Archivos de Psiquiatría, 62, 3, 27-53.
5. **Baca E (2003)** Los límites de la psiquiatría: entre la demanda y la búsqueda de la felicidad. Baca E, Lázaro J. Hechos y valores en psiquiatría. Madrid. Fundación Archivos de Neurobiología. Editorial Triacastela.
6. **Baca E (2004)** Un proyecto de futuro. Archivos de Psiquiatría, 67, 1, 3-16.
7. **Baca E (1995)** El concepto de salud mental: notas para un análisis del estado de la cuestión. Archivos de Psiquiatría, 58, 4, 341-3498.
8. **Baekeland F, Lundwall L (1975)** Dropping out of treatment: a critical review. Psychology Bulletin, 82, 5, 738-83
9. **Barbui A, Campomori A, D'Avanzo B, et al (1999)** Antidepressant drug use in Italy since the introduction of SSRIs: national trends, regional differences and impact on suicide rates. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34, 152-156.
10. **Bell J (1977)** Stressful life events and coping methods in mental-illness and –wellness behaviors, Nursing Research, 26, 2, 136-41.

11. **Bender E (2002)** Better access to geriatric mental health care goal of new house bill. *Psychiatric News*, 16, 2.
12. **Bracken P, Thomas P (2001)** Postpsychiatry: a new direction for mental health. *British Medical Journal*, 322 (7288), 724-727.
13. **Casey P, Dowrick Ch, Wilkinson G (2001)** Adjustment disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179, 479-481.
14. **Canguilhem G (1971)** Lo normal y lo patológico. Buenos Aires. Siglo veintiuno editores, 2ª edición.
15. **Charlton BG, Mckenzie K (2004)** Treating unhappiness-society needs palliative psychopharmacology. *British Journal of Psychiatry*, 185, 194-5
16. **Chen A (1991)** Noncompliance in Community Psychiatry: A Review of Clinical Interventions. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 282-287.
17. **Clark L, Watson D, Reynolds S (1995)** Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions, *Annual Review of Psychology*, 46, 121-53.
18. **Cooper B and Singh B (2000)** Population research and mental health policy. *British Journal of Psychiatry*, 176, 407-411.
19. **Cox BJ, Endl N, Swinson RP, Norton GR (1992)** Situations and specific coping strategies associated with clinical and non-clinical panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 30:67-9.
20. **De Figueiredo JM, Boerstler H, O'Connell L (1991)** Conditions not attributable to a mental disorder: an epidemiologic study of family problems. *American Journal of Psychiatry*, 148, 780-783.



21. **De las Cuevas C, González de Rivera JL, Henry Benítez M (1991)** Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Psiquis*, 12, 19-29.
22. **De las Cuevas C, Sanz EJ, De la Fuente JA (2002)** Variations in antidepressant prescribing practice: clinical need or market influences? *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 11, 515-522.
23. **Double, D (2002)** The limits of psychiatry, *British Medical Journal*, 324, 900-904.
24. **Dowell DA, Ciarlo JA (1983)** Overview of the community mental health centres program from an evaluation perspective. *Community Mental Health Journal*, 19, 95-125.
25. **García-Campayo J, Sanz-Carrillo, Jimeno Aranda A (1993)** Interconsulta en atención primaria/psiquiatría: utilización de la consulta única. *Atención Primaria*, 13, 52-54.
26. **García-Testal A, Sancho Blasco F, Julve Pardo R, et al (1998)** Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental: ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista? *Atención Primaria*, 22, 233-238.
27. **Gask L (1986)** What happens when psychiatric out-patients are seen once only? *British Journal of Psychiatry*, 148, 663-666.
28. **Gentil Savoia M, Bernik M, (2004)** Adverse life events and coping skills in panic disorder, *Revista da Hospital das Clinicas*, 59, 6.
29. **Gérvas J (2006)** Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gaceta Sanitaria*, 20, 127-34.

30. **Goldberg D (2000)** Plato versus Aristotle: categorical and dimensional models for common mental disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 8-13.
31. **Goldberg D, Huxley P (1980)** Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London: Tavistock.
32. **Goldman HH, Reider DA, Taube CA et al (1980)** Community mental health centres and the treatment of severe mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 137, 83-86.
33. **González de Rivera JL, De las Cuevas C, Gracia Marco R, et al (2004)** Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife. *Psiquis*, 11, 11-22.
34. **Grufferman S (1999)** Complexity and the Hawthorne effect in community trials. *Epidemiology*, 10, 209-210.
35. **Gury, M (2002)** IMS reports 12 percent growth in 2001 audited global pharmaceuticals sales. IMS Health 2002.  
[http://www.ims-global.com/insight/news\\_story/0103/news\\_story\\_010314.htm](http://www.ims-global.com/insight/news_story/0103/news_story_010314.htm)
36. **Harm WJ et al (2001)** Antidepressant prescription for depression in general practice in the Netherlands. *Pharmacy World and Science*, 23, 46-49.
37. **Hart JT (1971)** The inverse care law. *Lancet*, 1, 405-12
38. **Helmchen H, Linden M (2000)** Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artifact and the double-threshold problem. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 1-7.
39. **Hemels ME, Koren G, Einarson TR (2002)** Increased Use of Antidepressants in Canada: 1981-2000. *Annals of Pharmacotherapy*, 36, 1375-1379.

40. **Hunt C, Andrews G. (1992)** Drop-out rate as a performance indicator in psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 275-278.
41. **Jackson J, Joustoun J, Hanling S, Terhaar K, Yun J (2001)** Clinical predictors of mental disorders among medical outpatients, *Archives Internal Medicine*, 161, 26, 875-879.
42. **Jacobs DG (1995)** National Depression Screening Day: educating the public, reaching those in need of treatment, and broadening professional understanding. *Harvard Review Psychiatry*, 3, 156-159.
43. **Jerrel JM, Larsen Jk (1986)** Community mental health services in transition: who is benefiting? *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 78-88.
44. **Judd L.L, et al (1994)** Subsyndromal symptomatic depression: a new mod disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(4), 18-28.
45. **Katerndahl DA, Talamantes M (2000)** A comparison of persons with early-versus late-onset panic attacks. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61:422-7.
46. **Kendell R.E (1975)** The concept of disease and its implications for psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 127, 305-315.
47. **Kendell R, Jablensky A (2003)** Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1, 4-12.
48. **Kessler RC, Demler O, Frank RG, Ofson M, Pincus HA, Walters EE, Wang MP, Wells KB, Zaslavsky AM (2005)** Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352, 24, 2515-23.

49. **Kessler RC, Merikangas KR, Beglund P, Eaton WW, Koretz DS, Walters EE (2003)** Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. Archives of General Psychiatry, 60, 1117-22.
50. **Klerman GI (1985)** Trends in utilization of mental health services: perspectives for health services research. Medical Care, 23, 584-597.
51. **Kline J, King M, (1973)** Treatment dropouts from a community mental health centre. Journal Community Mental Health Journal, 9, 354-360.
52. **Langsley DG (1980)** The community mental health centre: does it treat patients? Hospital and Community Psychiatry, 31, 815-819.
53. **Lavik NJ, (1983)** Utilization of the mental health services over a given period. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 404-413.
54. **Lawrenson RA, Tyler F, Farmer RD (2000)** The treatment of depression in UK general practice: selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants compared. Journal of Affective Disorders, 59, 149-157.
55. **Lewinson PM, Shankman SA, GauJM, Klein DN (2004)** The prevalence and comorbidity of subthreshold psychiatric conditions. Psychological Medicine, 34, 613-22.
56. **Lilienfeld S, Marino L (1999)** Essentialism Revisited: Evolutionary Theory and the Concept of Mental Disorder. Journal of Abnormal Psychology, 108, 3, 400-411.
57. **Lilienfeld S, Marino L (1999)** Mental disorder as a Roschian concept: a critique of Wakefield's "Harmful dysfunction" analysis. Journal of Abnormal Psychology, 108, 3, 411- 420

58. **Lozano Serrano C, Ortiz Lobo A (2004)** El incremento en la prescripción de antidepresivos. ¿Una panacea demasiado cara? Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 83-96.
59. **Magruder KM, Calderone GE, (2000)** Public health consequences of different thresholds for the diagnosis of mental disorders. Comprehensive Psychiatry, 41, 14-8.
60. **Márquez S, Meneu R (2003)** La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria, 5 (2), 47-53.
61. **McManus P, Mant A, Mitchell PB, Montgomery WS, Marley J, Auland ME (2000)** Recent trends in the use of antidepressant drugs in Australia, 1990-1998. Medical Journal of Australia, 173, 458-461.
62. **McNab F (2003)** Treatment of common "life event" traumas. Australian Family Physician, 32, 693-695.
63. **Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A (2003)** Industria farmacéutica y psiquiatría. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 86, 49-71.
64. **Mazzoli M (1992)** Conditions not attributable to a mental disorder (letter). American Journal of Psychiatry, 149, 423
65. **Middleton N et al (2001)** Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975-1998. Journal of Public Health Medicine, 23, 262-267.
66. **Molnar G, Pinchoff DM, (1993)** Factors in patient elopements from an urban state hospital and strategies for prevention. Hospital and Community Psychiatry, 44, 791-792.
67. **Moncrieff, J (2001)** Are antidepressants overrated? A review of methodological problems in antidepressant trials. Journal of Nervous and Mental Disease, 189, 288-295.

68. **Morlino M, Martucci G, Musella V, Bolzan M, de Girolamo G (1995)** Patients dropping out of treatment in Italy. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 92, 1-6
69. **Moynihan R, Health I, Henry D (2002)** Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical journal*, 324, 886-891
70. **Narrow We, Rae DS, Robins LN, Regier DA (2002)** Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-13
71. **Okin RL (1984)** How Community mental health centres are coping. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1118-1125
72. **Organización Mundial de la Salud (1992)** Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
73. **Ortiz Lobo A, De la Mata Ruiz I (2004)** Ya es primavera en Salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos*, 2, 15-23.
74. **Ortiz Lobo A, García Moratalla B, De la Mata Ruiz I (2001)** La gestión del malestar en el Centro de Salud Mental. *Clínica y pensamiento*, 2, 77-857.
75. **Ortiz Lobo A (2004)** Consultas sin patología en un centro de salud mental. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Medicina de Madrid.
76. **Ortiz Lobo A, Lozano Serrano C (2005)** El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Atención Primaria*, 35 (3), 125-5.
77. **Ortiz Lobo A, Lozano Serrano C (2005)** Incremento de la prescripción de antidepresivos sin depresión. *Atención Primaria*, 36 (4), 230-231.

78. **Padierna JA, Gastiain F, Díaz P, et al (1988)** La morbilidad psiquiátrica en atención primaria: detección y derivación por el médico de familia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 34, 21-29.
79. **Patmore C, Weaver T (1991)** Missing the CMHC bus? Nursing Times, 87, 32-34
80. **Paykel ES (1978)** Contribution of life events to causation of psychiatric illness. Psychological Medicine, 8, 245-253.
81. **Pichot P (1997)** DSM-III and its reception: An European view, American Journal of Psychiatry 154, 6, 47-54.
82. **Pini S, Tansella M (1998)** Detección y manejo de la enfermedad mental en los centros de atención primaria. En: Vázquez-Barquero JL. Psiquiatría en atención primaria. Madrid, Grupo Aula Médica.
83. **Rachils M, Kushner C (1989)** Second opinion: what's wrong with Canada's health care-system and how to fix it. Toronto: Collins Publisher.
84. **Regier D, Kaelber CH, Rae D (1998)** Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Archives of General Psychiatry, 55, 109-115
85. **Rendueles G, Castel R, Donzelot J, Alvarez-Uría F (2006)** Pensar y resistir. La sociología crítica después de Foucault. Madrid. Ediciones Ciencias Sociales.
86. **Retolaza A (2004).** ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. Norte de Salud Mental, 19, 49-57.
87. **Richard Senet (2000)** La corrosión del carácter. Barcelona. Anagrama. Colección Argumentos.

88. **Robert Castell (2002)** La metamorfosis de la cuestión social. Buenos Aires. Paidós.
89. **Rosch ER (1973)** Natural categories. *Cognitive Psychology*, 4, 328-350.
90. **Ruiz-Doblado S, Caraballo-Camacho M (2002)** Pharmacoepidemiological Patterns of antidepressant prescribing in primary care in rural Spain (1995-1999) *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 1, 71-77
91. **Ruiz FJ, Piqueras V, Aznar JA (1995)** ¿Es posible mejorar la asistencia psiquiátrica a través del proceso de derivación? *Atención Primaria*, 15, 491-497.
92. **Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C (2006)** Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*, 5, 1, 5-14.
93. **Schur E (1971)** Labeling deviant behavior: Its sociological implications. New York. Harper & Row
94. **Sclar DA, Robinson LM, Skaer TL, Galin RS (1988)** Trends in the prescribing of antidepressant pharmacotherapy: office-based visits, 1990-1995. *Clinical Therapeutics*, 20, 871-884.
95. **Sherbourne C, et al (1994)** Subthreshold depression and depressive disorder: clinical characteristics of general medical and mental health specialty outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1, 777-84
96. **Siddique CM, Aubry TD, Mulhall D (1996)** The burden of conditions not attributable to mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1489-1491.



97. **Smith R (2002)** In search of non disease. British Medical Journal, 324, 883-885.
98. **Spila B, Makara M, Chuchra M, Pawlowska B (2005)** Connection between stressful live events with mental disorders. Psychiatria Polska, 39, 1, 115-23.
99. **Spinhoven P, Van Der Does JW (1999)** Conditions not attributable to a mental disorder in Dutch psychiatric outpatients. Psychological Medicine, 29, 213-220.
100. **Sturm R (1999)** Tracking changes in behavioral health services: how have carve-outs changed care? Journal Behavior Health Services Research, 26: 360-371.
101. **Sweet C, Noones J, (1989)** Factors associated with premature termination from outpatient treatment. Hospital and Community Psychiatry, 40, 947-951.
102. **Tehrani E, Krussel J, Borg L, Munk-Jorgensen P (1996)** Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first-admission cohort. Acta Psychiatrica Scandinavica, 94, 266-271.
102. **Thomas P, Romme M, Hamelink J (1996)** Psychiatry and the politics of the underclass. British Journal of Psychiatry, 169, 401-404.
104. **Trepka C (1986)** Attribution from an out-patient psychology clinic. British Journal Medicine Psychology, 59, 181-186.
105. **Vallejo Ruiloba J (2003)** La psicopatología en el momento actual. Baca E, Lázaro J. Hechos y valores en psiquiatría. Madrid. Fundación Archivos de Neurobiología. Editorial Triacastela.
106. **Villagrán JM, (2002)** La crítica de la psicopatología sólo tiene sentido desde la psicopatología crítica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 82, 75-85

107. **Vollrath M, Angst J, (1993)** Coping and illness behaviour among young adults with panic. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181:303-8.
108. **Wakefield JC (1999)** Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3, 374-399.
109. **Wakefield JC (1999)** Mental Disorder as a black box essentialist concept. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3, 465-472.
110. **Wakefield JC, Spitzer RL (2002)** Lowered estimates- but of what? *Archives of General Psychiatry*, 59, 416
111. **Wasylenki D, Goering P, Machaughton E (1992)** Planning mental health services. I. Background and Key issues. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 199-206.
112. **Windle C, Thompson JW, Goldman HH, et al (1998)** Treatment of patients with no diagnosable mental disorders in CHMCs. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 753-758.
113. **Winslow WW (1982)** Changing trends in CMHCs: Key to survival in the eighties. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 273-277.
114. **Zimmermann-Tansella Ch, Donini S, Lattanzi M, et al (1991)** Life events, social problems and physical health status as predictors of emotional distress in men and women in a community setting. *Psychological Medicine*, 21, 505-513.
115. **Zisook S, Shuchter SR, Pedrelli P, et al (2001)** Bupropion sustained release for bereavement: results of an open trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 227-230.

## **ANEXOS**



## EVALUACIÓN

Nº DE HISTORIA:

SEXO:

TELÉFONO:

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

- 1.- No
- 2.- Ambulatorios
- 3.- Hospitalización

CONVIVENCIA:

- 1.- Solo
- 2.- Con pareja
- 3.- Con pareja e hijos
- 4.- Con hijos
- 5.- Con padres y hermanos
- 6.- Con padres sólo
- 7.- Con hermanos
- 8.- Comparte piso
- 9.- Con otra familia

OCUPACIÓN:

- 1.- Empresario > 10 trabajadores
- 2.- Empresario 5-10 trabajadores
- 3.- Empresario < 5 trabajadores
- 4.- Trabajador por cuenta ajena - directivo
- 5.- Trabajador por cuenta ajena - técnico cualificado
- 6.- Trabajador por cuenta ajena - técnico poco cualificado
- 7.- Funcionario - directivo
- 8.- Funcionario - técnico cualificado
- 9.- Funcionario - técnico poco cualificado
- 10.- Ama de casa

TIPO DE CONTRATO:

- 1.- Fijo o indefinido
- 2.- Temporal
- 3.- Autónomo

¿Quién demanda la atención?

Código Z:

GHQ inicial:

CGI inicial:

¿Qué tto. psicofarmacológico tiene pautado, desde cuándo y por quién?

¿Qué medicación se quita o se pauta tras la entrevista?

¿Qué desencadenantes o estrés motivan el malestar?

FECHA:

GRUPO:

INICIALES:

FECHA NAC:

E. CIVIL:

- 1.- Soltero
- 2.- Casado
- 3.- Viudo
- 4.- Divorciado
- 5.- Separado

NIVEL EDUCATIVO:

- 1.- Analfabeto
- 2.- Estudios primarios
- 3.- Graduado Escolar
- 4.- B.U.P. - F.P.
- 5.- Diplomado
- 6.- Licenciado

SITUACIÓN LABORAL:

- 1.- Cumpliendo la mili
- 2.- Trabajando
- 3.- Buscando 1º empleo
- 4.- Parado sin cobrar paro
- 5.- Parado que cobra paro
- 6.- Jubilado, retirado
- 7.- Estudiante
- 8.- Ama de casa
- 9.- I.L.T.
- 10.- Incapacidad permanente

## SCL - 90 R

Apellidos: ..... Nombre: ..... Edad: .....  
 Sexo: ..... Estado civil: ..... Estudios: ..... Fecha: .....

### INSTRUCCIONES

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez.

Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodee con un círculo la alternativa de respuesta que mejor describa su experiencia en relación con el problema o molestia (0, 1, 2, 3, 4).

Tenga en cuenta que debe rodear: el cero ("0") si no ha tenido esa molestia EN ABSOLUTO

el uno ("1") si la ha tenido UN POCO presente

el dos ("2") si la ha tenido MODERADAMENTE

el tres ("3") si la ha tenido BASTANTE

el cuatro ("4") si la ha tenido MUCHO O EXTREMADAMENTE

---

Por L.R. Derogatis. Versión española de J.L. González de Rivera et al., 1988.

1. Dolores de cabeza .....	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo o agitación interior .....	0	1	2	3	4
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente..	0	1	2	3	4
4. Sensaciones de desmayo o mareo .....	0	1	2	3	4
5. Pérdida de deseo o de placer sexual .....	0	1	2	3	4
6. El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente .....	0	1	2	3	4
7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos .....	0	1	2	3	4
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9. La dificultad para recordar las cosas .....	0	1	2	3	4
10. Preocupación a cerca del desaseo, el descuido o la desorganización .....	0	1	2	3	4
11. Sentirse fácilmente irritado o enfadado .....	0	1	2	3	4

12. Dolores en el corazón o en el pecho .....	0	1	2	3	4
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle .....	0	1	2	3	4
14. Sentirse bajo de energías o decaído .....	0	1	2	3	4
15. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida .....	0	1	2	3	4
16. Oír voces que otras personas no oyen .....	0	1	2	3	4
17. Temblores .....	0	1	2	3	4
18. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas .....	0	1	2	3	4
19. Falta de apetito .....	0	1	2	3	4
20. Llorar fácilmente .....	0	1	2	3	4
21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto .....	0	1	2	3	4
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado .....	0	1	2	3	4
23. Tener miedo de repente y sin razón .....	0	1	2	3	4
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar .....	0	1	2	3	4
25. Miedo a salir de casa solo .....	0	1	2	3	4
26. Culparse así mismo de todo lo que pasa .....	0	1	2	3	4
27. Dolores en la parte baja de la espalda .....	0	1	2	3	4
28. Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas .....	0	1	2	3	4
29. Sentirse solo .....	0	1	2	3	4
30. Sentirse triste .....	0	1	2	3	4
31. Preocuparse demasiado por las cosas .....	0	1	2	3	4
32. No sentir interés por las cosas .....	0	1	2	3	4
33. Sentirse temeroso .....	0	1	2	3	4
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad .....	0	1	2	3	4
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos .....	0	1	2	3	4
36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso ..	0	1	2	3	4
37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta .....	0	1	2	3	4
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien .....	0	1	2	3	4
39. Que su corazón palpita o vaya muy deprisa .....	0	1	2	3	4
40. Náuseas o malestar en el estómago .....	0	1	2	3	4

41. Sentirse inferior a los demás .....	0	1	2	3	4
42. Dolores musculares .....	0	1	2	3	4
43. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted .....	0	1	2	3	4
44. Dificultad para conciliar el sueño .....	0	1	2	3	4
45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace .....	0	1	2	3	4
46. Encontrar difícil el tomar decisiones .....	0	1	2	3	4
47. Sentir temos de viajar en coche, autobuses, metros o trenes .....	0	1	2	3	4
48. Dificultad para respirar .....	0	1	2	3	4
49. Sentir calor o frío de repente .....	0	1	2	3	4
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo .....	0	1	2	3	4
51. Que se le quede la mente en blanco .....	0	1	2	3	4
52. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo .....	0	1	2	3	4
53. Sentir un nudo en la garganta .....	0	1	2	3	4
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro ..	0	1	2	3	4
55. Tener dificultades para concentrarse .....	0	1	2	3	4
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo .....	0	1	2	3	4
57. Sentirse tenso o agitado .....	0	1	2	3	4
58. Pesadez en los brazos o en las piernas .....	0	1	2	3	4
59. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir .....	0	1	2	3	4
60. El comer demasiado .....	0	1	2	3	4
61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted .....	0	1	2	3	4
62. Tener pensamientos que no son suyos .....	0	1	2	3	4
63. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien .....	0	1	2	3	4
64. Despertarse de madrugada .....	0	1	2	3	4
65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, lavar, contar, etc. ....	0	1	2	3	4
66. Sueño inquieto o perturbado .....	0	1	2	3	4
67. Tener ganas de romper algo .....	0	1	2	3	4
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten .....	0	1	2	3	4
69. Sentirse muy cohibido entre otras personas .....	0	1	2	3	4
70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc. ....	0	1	2	3	4



71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo .....	0	1	2	3	4
72. Ataques de terror o pánico .....	0	1	2	3	4
73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público .....	0	1	2	3	4
74. Tener discusiones frecuentes .....	0	1	2	3	4
75. Sentirse nervioso cuando se queda solo .....	0	1	2	3	4
76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros .....	0	1	2	3	4
77. Sentirse solo aunque esté con la gente .....	0	1	2	3	4
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo .....	0	1	2	3	4
79. La sensación de ser inútil o no valer nada .....	0	1	2	3	4
80. Presentimientos de que va a pasar algo malo .....	0	1	2	3	4
81. Gritar o tirar cosas ....	0	1	2	3	4
82. Tener miedo a desmayarse en público .....	0	1	2	3	4
83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si los dejara	0	1	2	3	4
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante .....	0	1	2	3	4
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados .....	0	1	2	3	4
86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo .....	0	1	2	3	4
87. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo .....	0	1	2	3	4
88. No sentirse cercano o íntimo con nadie .....	0	1	2	3	4
89. Sentimientos de culpabilidad .....	0	1	2	3	4
90. La idea de que algo anda mal en su mente .....	0	1	2	3	4

**Tabla 1. GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-28)**

Por favor lea cuidadosamente:

Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a **TODAS** las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a **TODAS** las respuestas.  
Muchas gracias por su colaboración.

Últimamente:

- A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?  
Mejor que lo habitual Igual Peor Mucho peor que lo habitual
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?  
No, en absoluto No más Bastante más Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?  
No, en absoluto No más Bastante más Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?  
No, en absoluto No más Bastante más Mucho más que lo habitual
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?  
No, en absoluto No más Bastante más Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?  
No, en absoluto No más Bastante más Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?  
No, en absoluto No más Bastante más Mucho más que lo habitual

Señale con una raya cuánto cree que va a mejorar al venir a este Centro de Salud Mental



**Tabla 1. GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-28) (continuación)**

8. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?  
No, en absoluto    No más    Bastante más    Mucho más  
de lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?  
No, en absoluto    No más    Bastante más    Mucho más  
de lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?  
No, en absoluto    No más    Bastante más    Mucho más  
de lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?  
No, en absoluto    No más    Bastante más    Mucho más  
de lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?  
No, en absoluto    No más    Bastante más    Mucho más  
de lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?  
No, en absoluto    No más    Bastante más    Mucho más  
de lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?  
No, en absoluto    No más    Bastante más    Mucho más  
de lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
9. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?  
Más activo    Igual    Bastante menos    Mucho menos  
que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?  
Más rápido    Igual    Más tiempo    Mucho más  
que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?  
Mejor    Aproximadamente Peor    Mucho peor  
que lo habitual    lo mismo    que lo habitual    que lo habitual
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?  
Más satisfecho    Aproximadamente Menos    Mucho menos  
lo mismo que    que lo habitual    satisfecho  
lo habitual

**Tabla 1. GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-28) (continuación)**

5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?  
Más útil    Igual    Menos útil    Mucho menos  
que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?  
Más    Igual    Menos    Mucho menos  
que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?  
Más    Igual    Menos    Mucho menos  
que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
- D. 1. ¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?  
No, en absoluto    No más    Bastante más    Mucho más  
que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?  
No, en absoluto    No más    Bastante más    Mucho más  
que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?  
No, en absoluto    No más    Bastante más    Mucho más  
que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?  
Claramente, no    Me parece que no    Se me ha cruzado    Claramente  
por la mente    lo he pensado
5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?  
No, en absoluto    No más    Bastante más    Mucho más  
que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?  
No, en absoluto    No más    Bastante más    Mucho más  
que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual    que lo habitual
7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?  
Claramente, no    Me parece que no    Se me ha pasado    Claramente  
por la mente    lo he pensado

## CSV

NOMBRE..... EDAD..... SEXO.....

ESTUDIOS..... OCUPACION.....

### INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una lista de sucesos vitales que suelen ocurrir a la gente. No todas las personas experimentan los mismos sucesos; cada persona vivencia los sucesos particulares que le ocurren.

Lea detenidamente la lista de sucesos. Cuando se encuentre con sucesos que a usted NO le han ocurrido en los últimos años (aproximadamente en los dos últimos años) no señale nada. Sin embargo, cuando se encuentre ante sucesos que SI le han ocurrido en los últimos años, párese en cada uno y conteste a los cuatro apartados que se piden rodeando con un círculo el lugar apropiado de acuerdo con su experiencia personal.

Estos cuatro apartados son:

#### 1. GRADO DE ESTRÉS O TENSIÓN PRODUCIDO POR EL SUCESO

Rodee con un círculo el número que mejor se ajuste al grado de estrés o tensión psíquica que le ha producido o está produciendo el suceso en cuestión, teniendo en cuenta que:

1 = NADA/MUY POCO, 2 = BASTANTE, 3 = MUCHO, 4 = MUCHÍSIMO.

#### 2. COMO EVALUÓ EL SUCESO (POSITIVO o NEGATIVO)

Rodee la P si cree que para Vd. fue algo positivo, o la N si lo evaluó como algo negativo.

#### 3. HASTA QUE PUNTO SABÍA QUE IBA A OCURRIR EL SUCESO

Rodee la E si se trata de un suceso que Vd. esperaba, o la I si se trata de un suceso inesperado.

#### 4. HASTA QUE PUNTO CREE QUE CONTROLÓ EL SUCESO

Rodee la C si considera que el suceso le resultó controlable, o la F si considera que el suceso estaba fuera de su propio control.

© B. Sandín y P. Chorot, UNED, 1987.

	GRADO DE ESTRÉS:	EVALUACION: Positivo (P) Negativo (N)	ESPERABLE: Esperado (E) Inesperado (I)	CONTROL: Controlable (C) Fuera de Ctn. (F)
1. Quedarse sin trabajo .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F
2. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F
3. Problemas con colegas o compañeros de trabajo .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F
4. Retiro laboral .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F
5. Matrimonio .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F
6. Dificultades en la educación o relación con los hijos .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F
7. Nacimiento de un hijo .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F
8. Divorcio o separación .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F
9. Problema legal grave que puede terminar en prisión .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F
10. Exámenes importantes .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F
11. Reducción sustancial en los ingresos .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F
12. Reformas en la casa .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F
13. Muerte del cónyuge .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F
14. Problemas relacionados con el alcohol o drogas .....	1...2...3...4...	P...N...	E...I...	C...F

	GRADO DE ESTRES:				EVALUACION:		ESPERABLE:		CONTROL:	
					Positivo (P)	Negativo (N)	Esperado (E)	Inesperado (I)	Controlable (C)	Fuera de Cn. (F)
15. Ascenso en el trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
16. Dificultades sexuales	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
17. Un miembro de la familia deja la casa familiar	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
18. Comprar una casa	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
19. Cambio de lugar de trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
20. Ruptura de noviazgo o relación similar	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
21. Muerte de un amigo íntimo	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
22. Muerte de un hijo	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
23. Relaciones sexuales fuera del matrimonio	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
24. Hijos lejos del hogar	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
25. Complicación legal en una pelea	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
26. Problema legal menor (multa, etc.)	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
27. Cambio de casa	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
28. Problemas con vecinos o con familiares que no viven en la casa familiar	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
29. Abortar	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
30. Aborto de su mujer o pareja	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
31. Nuevo empleo laboral	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
32. Muerte de algún familiar cercano (padre, hermano, etc)	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
33. Periodo de fiestas	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
34. Préstamo o hipoteca de más de un millón de pesetas	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
35. Sufrir robo	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
36. Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, etc)	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
37. Enfermedad o accidente que requiere guardar cama	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
38. Finalización de estudios	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
39. Accidente de tráfico	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
40. Repentino y serio deterioro de la audición o visión	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
41. Lesión física importante	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
42. Problemas académicos	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F
43. Quedarse embarazada	1	2	3	4	P	N	E	I	C	F

	GRADO DE ESTRES:	EVALUACION: Positivo (P) Negativo (N)	ESPERABLE: Esperado (E) Inesperado (I)	CONTROL: Controlable (C) Fuera de Cn. (F)
44. Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
45. Embarazo de su mujer o pareja	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
46. Realizar el servicio militar	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
47. Enfermedad de un miembro de la familia	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
48. Ruptura de relaciones sexuales fuera del matrimonio	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
49. El cónyuge deja de trabajar fuera de casa	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
50. Cambio de horario o de las condiciones del trabajo actual	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
51. Periodo de alejamiento del hogar	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
52. Reconciliación matrimonial o de pareja	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
53. Separación de los padres	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
54. Fracaso en algún negocio importante	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
55. Hospitalización de algún miembro de la familia	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
56. Sufrir asalto o situación de violencia física	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
57. Pérdidas económicas importantes no relacionadas con el trabajo	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
58. Cambio de centro de estudios	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
59. Problemas con superiores en el trabajo	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
60. Éxito personal importante	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
61. Cambio en el ritmo del sueño	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
62. El cónyuge comienza a trabajar fuera de casa	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
63. Discusión especialmente grave con su cónyuge o pareja	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
64. Realización de algún largo viaje	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
65. Alquilar una vivienda	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
66. Indicar otros sucesos importantes no señalados:				
_____	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
_____	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
_____	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
_____	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
_____	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F
_____	1...2...3...4	P...N	E...I	C...F

## Capítulo XXI

Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)

- Z00 Examen general e investigación de personas, molestias o diagnósticos informados**
- Z00.4 Examen psiquiátrico general no clasificado en otra parte**
- Z02 Exámenes y contactos para fines administrativos**
- Z02.3 Examen para reclutamiento de fuerzas armadas**
- Z02.4 Examen para licencia de conducir**
- Z02.6 Exámenes para fines de seguros**
- Z02.7 Expedición de certificado médico**
- Z03 Observación y evaluación médica por sospecha de enfermedades o afecciones**
- Z03.2 Observación por sospecha de trastorno mental o de la conducta**
- Incluye:* observación por:
- Cleptomanía sin manifestación de alteración psiquiátrica
  - Conducta asocial sin manifestación de alteración psiquiátrica
  - Incendiarismo sin manifestación de alteración psiquiátrica
  - Pandillaje sin manifestación de alteración psiquiátrica
- Z04 Examen y observación por otras razones**
- Incluye:* examen por razones medicolegales
- Z04.6 Examen psiquiátrico general, solicitado por una autoridad**
- Z50 Atención que incluye el uso de procedimientos de rehabilitación**
- Z50.2 Rehabilitación de alcohólicos**
- Z50.3 Rehabilitación de drogadictos**
- Z50.4 Psicoterapia, no clasificada en otra parte**
- Z50.7 Terapia ocupacional y rehabilitación vocacional, no clasificadas en otra parte**
- Z50.8 Atención que incluye el uso de otros procedimientos de rehabilitación**
- Incluye:* rehabilitación del tabaquismo, aprendizaje de actividades de la vida diaria (AVD) no clasificado en otra parte
- Z54 Convalecencia**
- Z54.3 Convalecencia posterior a psicoterapia**
- Z55 Problemas relacionados con la educación y el alfabetismo**
- Z56 Problemas relacionados al empleo y desempleo**
- Z59 Problemas relacionados con la vivienda y condiciones económicas**
- Z60 Problemas relacionados con el ambiente social**
- Z60.0 Problemas de ajuste a las transiciones de los ciclos vitales**
- Z60.1 Situaciones familiares atípicas**
- Z60.2 Persona que vive sola**
- Z60.3 Dificultades con la adaptación cultural**
- Z60.4 Exclusión y rechazo social**
- Z60.5 Blanco de discriminación adversa o persecución**
- Z60.8 Otros problemas relacionados con el ambiente social**
- Z61 Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez**
- Z61.0 Pérdida de relación afectiva de la infancia**
- Z61.1 Cambio de domicilio durante la niñez**
- Z61.2 Alteración en el patrón de relación familiar**
- Z61.3 Hechos conducentes a la pérdida de la autoestima durante la niñez**
- Z61.4 Problemas relacionados con abuso sexual declarado del niño por una persona dentro del grupo de apoyo primario**
- Z61.5 Problemas relacionados con abuso sexual declarado del niño por persona no perteneciente al grupo de apoyo primario**
- Z61.6 Problemas relacionados con abuso físico del niño**
- Z61.7 Experiencias personales atemorizantes en la niñez**
- Z61.8 Otras experiencias negativas en la niñez**
- Z62 Otros problemas relacionados con la crianza del niño**
- Z62.0 Supervisión y control inadecuado de los padres**
- Z62.1 Superprotección de los padres**
- Z62.2 Crianza en institución**
- Z62.3 Hostigamiento y acusación de culpabilidad al niño (víctima propiciatoria)**
- Z62.4 Abandono emocional del niño**
- Z62.5 Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño**
- Z62.6 Presiones inapropiadas de los padres y otras anomalías en la crianza**
- Z62.8 Otros problemas específicos de la crianza**
- Z63 Problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas las circunstancias familiares**
- Z63.0 Problemas en relación entre esposos o pareja**
- Z63.1 Problemas relacionados con padres o familia política**
- Z63.2 Soporte familiar inadecuado**
- Z63.3 Ausencia de miembro de la familia**
- Z63.4 Desaparición o muerte de miembro de la familia**
- Z63.5 Ruptura familiar por separación o divorcio**
- Z63.6 Familiar dependiente necesitado de cuidado en el hogar**
- Z63.7 Otros hechos estresantes de la vida diaria que afectan a la familia y al hogar**
- Z63.8 Otros problemas específicos relacionados con el grupo de apoyo primario**
- Z64 Problemas relacionados con algunas circunstancias psicosociales**
- Z64.0 Problemas relacionados con embarazo no deseado**
- Z64.2 Búsqueda y aceptación de intervenciones físicas, nutricionales o químicas, conociendo su riesgo y peligros**
- Z64.3 Solicitud y/o aceptación de intervenciones psicológicas o de comportamiento, conociendo su riesgo y peligro**
- Z64.4 Discordia con consejeros**
- Incluye:* supervisores de libertad condicional; trabajadores sociales
- Z65 Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales**
- Z65.0 Culpabilidad en procedimientos civiles o criminales sin prisión**
- Z65.1 Pena de cárcel u otra privación de libertad**
- Z65.2 Problemas relacionados con la recuperación de la libertad**
- Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales**
- Incluye:* arrestos; juicios; litigios
- Z65.4 Víctima de crimen o terrorismo (incluyendo tortura)**
- Z65.5 Exposición a desastre, guerra u otras hostilidades**
- Z70 Consejo relacionado con actitud, conducta u orientación sexual**
- Z71 Personas que se presentan en los servicios de salud para otros consejos médicos no clasificados en otra parte**
- Z71.4 Consejo y supervisión por abuso de alcohol**
- Z71.5 Consejo y supervisión por del abuso de drogas**
- Z71.6 Consejo por abuso de tabaco**

<b>Z72</b>	<b>Problemas relacionados con el estilo de vida</b>	<b>Z91</b>	<b>Historia personal de factores de riesgo no clasificados en otra parte</b>
Z72.0	Uso de tabaco	Z91.1	Historia personal de incumplimiento del tratamiento médico o del régimen alimentario
Z72.1	Uso de alcohol	Z91.4	Historia personal de trauma psicológico no clasificado en otra parte
Z72.2	Uso de drogas	Z91.5	Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente
Z72.3	Falta de ejercicio físico		<i>Incluye:</i> parasuicidio
Z72.4	Dieta y hábitos alimentarios inapropiados		autoenvenenamiento
Z72.5	Conducta sexual de alto riesgo		intento de suicidio
Z72.6	Jugador o apostador		
Z72.8	Otros problemas relacionados con el estilo de vida		
	<i>Incluye:</i> comportamiento autoagresivo		
<b>Z73</b>	<b>Problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida</b>		
Z73.0	Agotamiento		
Z73.1	Acentuación de los rasgos de personalidad		
	<i>Incluye:</i> patrón de conducta (conducta caracterizada por ambición desmedida, alta necesidad de logros, impaciencia, competitividad y sensación de urgencia) tipo A		
Z73.2	Falta de relajación y ocio		
Z73.3	Estrés, no clasificado en otra parte		
Z73.4	Habilidades sociales inadecuadas, no clasificadas en otra parte		
Z73.5	Conflicto con el papel social, no clasificado en otra parte		
<b>Z75</b>	<b>Problemas relacionados con servicios médicos y otra atención de salud</b>		
Z75.1	Persona aguardando la admisión a (un) (otro) servicio adecuado		
Z75.2	Otro período de espera para investigación y tratamiento		
Z75.5	Cuidado durante vacaciones		
<b>Z76</b>	<b>Personas que entran en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias</b>		
Z76.0	Repetición de recetas		
Z76.5	Enfermos fingidos (simuladores conscientes)		
	<i>Incluye:</i> personas que aparentan enfermedades por motivos obvios		
<b>Z81</b>	<b>Historia familiar de trastornos mentales o de conducta</b>		
Z81.0	Antecedentes familiares de retraso mental		
Z81.1	Antecedentes familiares de alcoholismo		
Z81.3	Antecedentes familiares de abuso de otros productos psicoactivos		
Z81.8	Antecedentes familiares de trastornos mentales o de conducta		
<b>Z82</b>	<b>Historia familiar de ciertas discapacidades o de enfermedades crónicas incapacitantes</b>		
Z82.0	Historia familiar de epilepsia y otras enfermedades del sistema nervioso		
<b>Z85</b>	<b>Historia personal de neoplasia maligna</b>		
<b>Z86</b>	<b>Historia personal de algunas otras enfermedades</b>		
Z86.0	Historia personal de otros tumores		
Z86.4	Historia personal de abuso de sustancias psicoactivas		
Z86.5	Historia personal de enfermedades del sistema nervioso o del comportamiento		
Z86.6	Historia personal de enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos		
<b>Z87</b>	<b>Historia personal de otras enfermedades y afecciones</b>		
Z87.7	Historia personal de malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas		



